

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE —

THÈSE

N° 1338

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marie Thérèse DISSOUS, née BRUGUIERE

le 3 Janvier 1933, à Paris

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1962

L'ORNITHOSE CHEZ L'ENFANT :

ETUDE CRITIQUE DES SIGNES CLINIQUES ET
BIOLOGIQUES A PROPOS DE 35 OBSERVATIONS

Président :

Mr. M. LELONG

Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE —

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marie Thérèse DISSOUS, née BRUGUIERE

le 3 Janvier 1933, à Paris

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

L'ORNITHOSE CHEZ L'ENFANT :

ETUDE CRITIQUE DES SIGNES CLINIQUES ET
BIOLOGIQUES A PROPOS DE 35 OBSERVATIONS



Président :

Mr. M. LELONG

Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (G.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutailis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Jean VERNE
2^e ASSESSEUR } Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUQUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales.	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tanon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	LENÈGRE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	BROUET (G.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	BARIÉTY (M.)
Cliniques obstétricales	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	DEBRAY (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	GENNES (L. de)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	DEROT (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	DAVID (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	GARCIN (R.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	LACOMME (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MERGER (R.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique stomatologique (Pitié)	RENARD (G.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	AUBRY (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LELONG (M.)
Clinique toxicologique	MARIE (J.)
Clinique traumatologique	BERNARD (E.)
Sémiologie médicale	MICHAUX (L.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	GOSTE (F.)
Clinique urologique (Necker)	DEGHAUME (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ROUX (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAILLIEU Et. m. conf.
Biochimie médicale	BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
Pathologie chirurgicale	GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCO (G.) MANDE (R.) MOZZICCONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie	{ NICHOT (P.) DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physiologie	{ GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) BOUGEROT (L.) m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ GERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. s. agr. GRELLET (M.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUGAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	{ DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Thérapeutique	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)
		Urologie	

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P.) ARFELINE (A.) pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

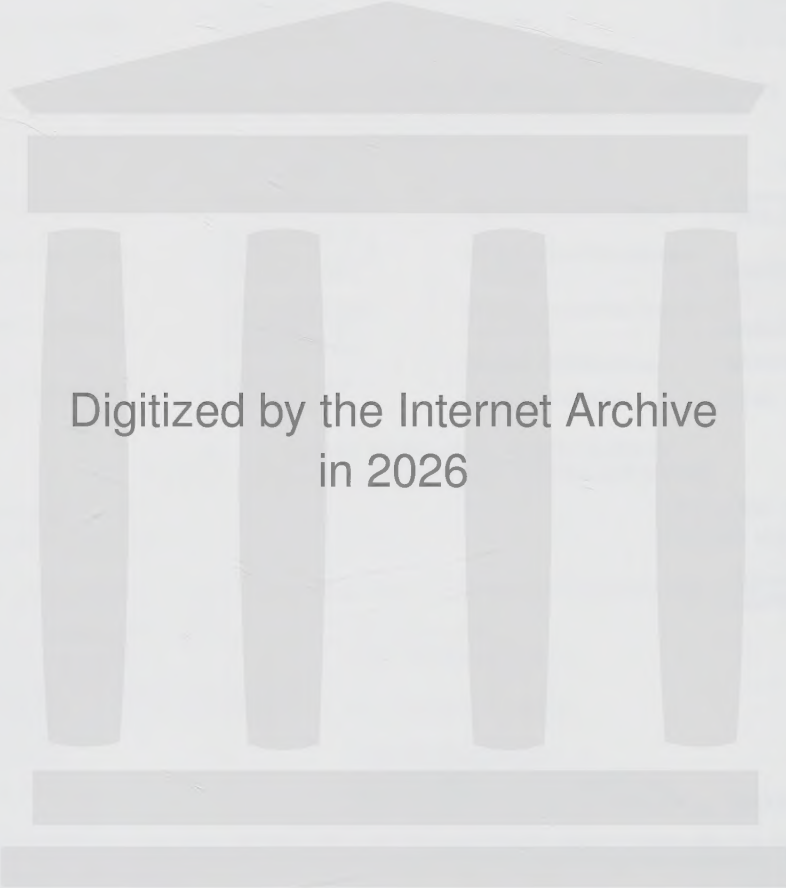
Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LELONG.

Professeur de Pédiatrie et de Puériculture,
Membre de l'Académie Nationale de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

qui a bien voulu nous accueillir dans
son service où il nous a permis de
bénéficier de son remarquable ensei-
gnement, et nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la Présidence de
notre thèse.

En témoignage de notre respectueuse
gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ JACQUES VIALATTE

Médecin des Hôpitaux de Paris,

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE SATGE,

Ancien Chef de clinique de la Faculté de Médecine de
Paris,

qui nous ont inspiré le sujet de cette
thèse et nous ont toujours aidée et
soutenue dans notre travail.

Qu'ils trouvent ici, l'expression de
notre profonde gratitude.

A NOS MAITRES,

lors de notre Externat des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Docteur Pierre LANCE

Monsieur le Docteur H. Pierre KLOTZ

Monsieur le Professeur Agrégé Alfred ROSSIER

Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Monsieur le Docteur Jacques SALET

Monsieur le Professeur Julien MARIE

Monsieur le Professeur Agrégé Pierre ROYER

Monsieur le Professeur Agrégé Robert LAPLANE

Monsieur le Docteur Robert LEBOUCHARD

Monsieur le Docteur Henri HENROT.

Qu'ils veuillent bien trouver ici nos
remerciements.

HISTORIQUE

En 1879, en Suisse, Ritter décrit 7 cas de pneumonie dont 3 mortels, survenus chez des personnes ayant été en contact avec des perroquets malades.

Morange, en 1895, décrit le "typhus des perruches"

En 1892, des perruches importées de Buenos-Ayres, déclenchent une épidémie à Paris. 42 personnes sont contaminées et 14 décèdent.

Ensuite, de petits foyers isolés sont signalés jusqu'à la pandémie de 1929 - 1930, qui avait débuté à Cordoba, en Argentine. L'exportation de perroquets contamine l'Europe et l'Amérique du Nord. Bedson reproduit alors la maladie chez la perruche en lui inoculant du sang de malade et Lewinthal décrit des corpuscules retrouvés dans les frottis d'organes ou de liquides organiques et leur attribue une signification étiologique.

L'importation de perroquets est alors interdite.

En 1932, la maladie est mise en évidence chez d'autres oiseaux exotiques, des oiseaux indigènes, canaris, pinsons, pétrel arctique, poules, colombes.

En 1940, Coles et Meyer découvrent que le pigeon domestique est souvent l'hôte de la maladie latente qui peut devenir pathogène et se transmettre à l'homme. Ils isolent le virus, démontrent l'existence dans le sérum des malades, d'anticorps fixant le complément et créent le terme de "Ornithose", voulant réserver celui de "psittacose" à la maladie transmise par les psittacidés.

En 1943, Smadel attribue à l'ornithose 10 cas de pneumonies atypiques sur 45 cas observés.

En 1944, Meikeljohn, Beck et Eaton rapportent 3 cas d'ornithose par contagement interhumain. La même année, Levinson isole le virus de l'expectoration.

Plus récemment, le virus était découvert chez de nombreux mammifères : bovins, ovins, chevaux, chats, chiens, porcs, qui peuvent être porteurs sains de virus ou présenter une affection morbide.

En 1950, Lépine fait un rapport sur l'ornithose (61) et Fallet et Wirth montrent que 20 % des pigeons de Genève ont une réaction de déviation du complément positive pour les virus du groupe de l'ornithose-psittacose-lymphogranulomatose vénérienne (O. P. L.)

En 1961, au congrès des pédiâtres de langue française de Genève (24), Paccaud rapporte, après Meyer, qu'il existe plusieurs types de virus dans le groupe de l'O. P. L. Ces virus ont un antigène commun de groupe, mis en évidence par la réaction de déviation du complément (D. du C.). Les antigènes spécifiques de groupe prédominent tant à la surface qu'à l'intérieur de la particule virale, masquant ainsi les antigènes spécifiques de type. Ceux-ci seraient distribués parmi tous les virus du groupe. Seules, des différences quantitatives permettent d'établir des distinctions antigéniques entre les différents virus grâce à des épreuves très sensibles : inhibition du pouvoir toxique ou neutralisation du pouvoir infectant.

Il semble donc devoir s'amorcer un démembrement du groupe de l'O. P. L. dans les années qui viennent.

DEFINITION

L'ornithose - psittacose réalise des tableaux cliniques variables dont le critère commun est la réaction de déviation du complément (D.C.) positive avec l'antigène du groupe de l'ornithose-psittacose - lymphogranulomatose vénérienne (O.P.L.).

En effet, les virus ornithosique et psittacosique sont très voisins. Pour beaucoup d'auteurs, l'ornithose et la psittacose ne seraient qu'une seule et même maladie. Mais la clinique et l'expérimentation, tout en confirmant leur proche parenté, font apparaître entre elles des différences qui justifient leur distinction.

K.F. Meyer propose de réserver le nom de psittacose à la forme aiguë de la maladie, très souvent mortelle et hautement contagieuse, et transmise uniquement par les psittacidés.

Au contraire, sous le terme d'ornithose, on entend des manifestations plus bénignes, dues à des virus de différentes origines, surtout aviaires.

Cependant, Favour insiste sur les formes cliniques qui peuvent appartenir aussi bien à l'une qu'à l'autre maladie, et la plupart des auteurs parlent sans distinction de l'ornithose-psittacose.

L'agent pathogène a été décrit en 1930 par Lewinthal, Coles et Lillie. C'est un germe appartenant dans l'ordre des Rickettsiales, à la famille des Chlamydozoaceae et au genre des Néorickettsies. On leur donne encore le nom de Pararickettsie ou de Miyagawanella. Ils représentent une sorte de terme de transition à la fois entre les ultravirus invisibles au microscope optique ordinaire et les bactéries, et entre les ultravirus et les protozoaires.

En principe, l'ornithose est définie par l'isolement du germe associé à une réaction de déviation du complément positive avec l'antigène de l'O.P.L.

Mais l'isolement du germe a une importance plus théorique que pratique et les observations que nous avons rassemblées sont définies à la fois par la clinique et la réaction de déviation du complément.

L'ORNITHOSE CHEZ L'ENFANT
ETUDE CRITIQUE DES SIGNES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES
A PROPOS DE 35 OBSERVATIONS.

Travail de la Clinique de Pédiatrie et de Puériculture
de l'Hôpital Saint-Vincent de Paul

OBSERVATIONS.

A - FORMES A MANIFESTATIONS PULMONAIRES. -OBSERVATION N°1 -

SOU..... Patricia - 10 mois - est admise dans le service des Douteux le 15 février 1958, pour une otite bilatérale.

Le 1er février, elle avait présenté une bronchite, avec fièvre à 40°, traitée par 0,40 g. de tétracycline par jour pendant 4 jours.

Les 10 et 13 février, 2 clochers thermiques à 40° font découvrir une otite suppurée gauche, puis droite, qui sont paracentésées.

Le 15 février, à son arrivée dans le service, l'enfant est apyrétique et l'examen viscéral est négatif.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive. Elle avait reçu le B.C.G. le 18 décembre 1957.

Le traitement poursuivi du 13 au 19 février comporta :

- auréomycine	0,30 g/jour
- adiazine	1,00g.

Le 19 février, la réaction de déviation du complément O. P. L. est positive au 1/40ème.

La F. du C. pour la grippe est négative.

EN RESUME : Bronchite à laquelle succéda une otite suppurée 10 jours après.

OBSERVATION N°2 -

COR Ginette, 1 an est hospitalisée le 22 mai 1958, pour suspicion de coqueluche.

En fait, elle présente depuis le 18 mai, une fièvre hectique apparue brusquement et oscillant entre 39°3 et 37°4.

Le 22 mai, à l'admission, elle est apyrétique et le restera définitivement. L'examen constate seulement une toux spasmodique, sans quintes, sans signe pulmonaire clinique. La rate est perçue, le foie déborde le rebord costal de 3 travers de doigts. On constate l'existence de quelques ganglions cervicaux et de 3 - 4 petits ganglions inguinaux.

La radiographie pulmonaire est normale. La cuti-réaction à la tuberculine, le timbre, l'I.D. à 50 U. sont négatifs à plusieurs reprises.

Le 28 mai, les signes respiratoires cliniques ont disparu, en l'absence de tout traitement.

Le 24 mai, l'hémogramme montre 8 000 G. B. -
P. N. : 29 - Eo. : 4 - B. : 2 - Lymphos 47 - Mono : 15 -
Plasmo : 3 -.

La recherche de bacilles de Bordet-Gengou dans la gorge est négative.

La réaction de Paul et Bunnell est négative à 2 reprises.

le 28 mai : D. du C. O. P. L.) négatives
 A. P. C.)

le 19 juin : D. du C. O. P. L. - positive au 1/40ème
 A. P. C. - négative.

La tentative d'isolement d'un virus des selles est négative.

EN RESUME : Fièvre hectique durant 4 jours, avec toux, petite hépato-splénomégalie, adénopathies et O. P. L. se positivant 1 mois après le début.

OBSERVATION N° 3

SEL..... Mustapha - 20 mois - est envoyé dans le service, le 2 janvier 1959, pour un contage tuberculeux.

A son entrée, l'enfant est légèrement fébrile : 37°8. L'auscultation pulmonaire perçoit des râles sous-crépitaux bilatéraux. La gorge est un peu rouge.

La radiographie pulmonaire montre une accentuation des opacités hilaires s'étendant vers les 2 champs pulmonaires et qui augmentera encore le 10 janvier.

Le 5 janvier, l'enfant est apyrétique. Mais plusieurs clochers thermiques seront observés le 9, accompagnés d'une toux grasse, d'une persistance des râles sous-crépitaux et d'une angine érythémato-pultacée ; le 24 et le 28.

L'enfant a une cuti-réaction à la tuberculine négative, ainsi que la timbre et l'intra-dermo R. à la tuberculine à 50 U. Il avait reçu le B.C.G. par scarification en mai 1957 et sa cuti R. à la tuberculine était positive en septembre 1958.

L'hémogramme montre : 4 460 000 GR
7 700 GB

P.N. : 64 % - EO : 4 % - L. : 32 - Mono. : 5 -
Fibrine : 4 g. pour 1000

Antistreptolysines : 20 U

Protides 78 g. L'électrophorèse montre une petite augmentation des α_2 et γ globulines.

La V.S. est légèrement accélérée :

12 - 31 - 95 mm. le 5

21 - 46 - 106 mm le 13.

L'enfant est traité du 9 au 20 janvier par 0,50 g. de terramycine par jour.

Le 24 janvier, la radiographie pulmonaire est normale et l'enfant sort guéri le 4 février.

Les R. sérologiques concernant le Q. Fever et les virus A.P.C. sont négatives. La D. de C. O.P.L. est positive le 15 janvier au 1/80ème, négative le 2 février.

EN RESUME. - pneumopathie aigue avec angine érythémato-pultacée et plusieurs clochers fébriles

OBSERVATION N°4. -

GAL..... Martine - 13 mois - est admise le 23 février 1959 pour une otite survenant 4 jours après une bronchite.

A l'entrée, la température atteint 38 °, l'enfant est pâle. L'examen O. R. L. découvre une rhinopharyngite avec muguet buccal et otite suppurée bilatérale qui est paracentésée. L'examen clinique ne trouve rien d'autre en dehors de quelques adénopathies inguinales. L'examen pulmonaire est normal.

L'hémogramme montre : 7 200 GB.

P. N. 52 % - L. 46 % - Mono 2

L'hémoculture, la cuti-réaction et le timbre à la tuberculine sont négatifs.

L'examen du culot urinaire trouve :

Albumine 3,25 g. / litre
nombreuses cellules épithéliales
quelques hématies
quelques polys non altérés
muguet à la culture sur carotte.

Le prélèvement de bouche et la coproculture retrouvent également du muguet.

On institue un traitement de :

pénicilline 1 million
streptomycine 0,20 g.
Nystatine 2 comprimés.

Le 25 février, les signes généraux persistent

La respiration est irrégulière, avec des pauses et un battement des ailes du nez. L'auscultation perçoit des râles crépitants à gauche et la radiographie pulmonaire montre une accentuation discrète de la trame.

Par ailleurs, la gorge est rouge, l'enfant vomit et a de la diarrhée.

Le 27, apparaît un foyer axillaire droit, clinique (sub - matité) et radiologique. La radiographie montre en effet une opacité du sommet droit, non homogène, peu dense, mal limitée à sa partie inférieure, et des pommelures para-hilaires droites et gauches.

Le L. C. R. est normal.

Le 3 mars, les signes généraux disparaissent

Le 9 mars, les signes pulmonaires cliniques disparaissent à leur tour et on interrompt le traitement.

Le 4 mars, l'hémogramme montre :
 13 800 GB. - P.N. 57 % - Eo 1 % - L. 29 -
 Mono. 7 - Plasmo 4 - myélocyte 1 -
 métamyélocyte 1.

Le 11 mars, l'albuminurie a disparu. Il persiste encore de nombreuses cellules épithéliales et quelques poly-nucléaires très altérés dans le culot urinaire.

Hémogramme : 14 600 GB.
 N. 56 %
 L. 33 %
 M. 11 %

Sur la radiographie pulmonaire du 12 mars, le foyer est moins net. Il sera encore plus atténué le 31.

Le 13 mars : nouvelle ascension thermique
 L'otite persiste.

Le 16 mars : 38 °. On perçoit quelques craquements à la base droite.

Le muguet persiste dans la gorge.

Nouveau traitement jusqu'au 21 :

Auréomycine : 0,20 g.

Adiazine 1,00 g.

Deux nouveaux clochers fébriles sont notés le 28 mars et le 5 avril avec persistance de l'otite.

On entend encore quelques râles de bronchite bilatéraux le 5 avril.

Enfin, tout rentre dans l'ordre le 7, et le 21, l'enfant : sort guéri.

Hémogramme du 1er avril
 10 000 GB.
 P.N. 35 - Eo 1 - B. 3 - L. 54 - Mono 7.

R. de F. du C. pour l'O.P.L. :
négative le 25 février
positive au 1/160ème le 11 mars,
positive au 1/20ème le 14 avril.

A.P.C. : F. du C. négative les 26 février et 11 mars
 R. de Hirst - grippe négative le 20 mars.

EN RESUME : Pneumopathie aiguë dyspnéisante avec altération importante de l'état général, foyer pulmonaire, troubles digestifs, pyurie et albuminurie, ayant persisté 40 jours.

OBSERVATION N°5 -

BRI. . . Joël - 3 ans - est hospitalisé le 2 décembre 1957 pour pneumopathie aiguë.

A l'entrée, l'enfant tousse depuis quelques jours d'une toux grasse. Il est abattu et pâle. La température a atteint progressivement 39°5. L'auscultation perçoit des râles sous-crépitaux à la base gauche.

L'enfant présente en outre une rhinite.

Traitement : Pénicilline : 1 million

Le 3 décembre, la température est redescendue à 37°2. Un 2ème foyer de râles sous-crépitaux de la partie moyenne du champ pulmonaire droit se surajoute au premier

Il existe une diarrhée.

La radiographie pulmonaire est normale

Cuti-réaction et timbre à la tuberculine sont douteux; mais l'I. D. R. à 50 U. est négative.

L'hémogramme montre 7 300 GB. - P.N. 48 %
L. 49 - 1 monocyte - 2 plasmocytes

Les signes cliniques disparaissent rapidement, et l'enfant sort guéri le 18 décembre.

La R. de D. du C. pour l'O. P. L. ,

avait été négative en janvier 1956, à l'occasion
d'un foyer pulmonaire ; elle est :

positive au 1/40ème le 6 décembre 1957,
douteuse le 14 mars 1958

négative en décembre 1958 à l'occasion d'un
nouveau foyer pulmonaire

EN RESUME : Pneumopathie aiguë avec diarrhée.

OBSERVATION N°6. -

FAU.....Michel, 4 ans, est admis le 10 mai 1959 pour un syndrome aigu fébrile ayant débuté 2 jours plus tôt

A l'entrée, la température atteint 40°3. L'examen du rhino-pharynx met en évidence une rhinite purulente avec amygdalite et adénopathies sous-angulo-maxillaires bilatérales, et une otite congestive gauche. La muqueuse jugale présente une petite élevation aphte blanche adhérente à droite.

Le reste de l'examen est négatif. Il n'existe aucun signe physique respiratoire. Mais la radiographie pulmonaire montre une opacité homogène du lobe supérieur droit et une opacité paracardiaque droite plus petite, arrondie et homogène. La cuti-réaction, le timbre et l'intra dermo-réaction à la tuberculine à 10 U. sont négatifs.

L'hémogramme montre 3 900 000 GR.

7 400 GB.

P.N. 53 % - Eo 3 - L. 29 - Mono 14 -
Plasmocyte 1

La diurèse diminue à 200 cc. par jour jusqu'à la sortie de l'enfant. Mais il n'y a pas d'albuminurie et le culot est normal.

Le prélèvement de gorge met en évidence du muquet.

On institue un traitement de :

Aspirine 0,50 g.
Oracilline 500 000 U
jusqu'au 15 mai.

Ensuite pénicilline : 1 million d'unités jusqu'au 21 mai.

La radiographie pulmonaire montre une atténuation des images pathologiques le 19 mai et l'enfant sort cliniquement guéri le 25 mai.

Les R. d'agglutination pour la fièvre Q. et de D. du C. pour les adénovirus sont négatives.

La R. de D. du C. - O.P.L. est positive au 1/60ème les 14 et 21 mai.

EN RESUME : Pneumopathie aiguë avec signes rhino-pharyngés et oligurie.

OBSERVATION N°7. -

L'enfant CLAUDE Jacques, - 3 ans - est hospitalisé le 14 janvier 1958 pour une fièvre à 39° avec une gorge un peu rouge et quelques râles au sommet gauche. Le reste de l'examen est normal.

L'hémogramme montre :

4 080 000 G.R.

9 600 G.B.

P.N. 46 % - Eo 8 - L. 38 - Mono 7.

La radiographie pulmonaire est normale, ainsi que le culot urinaire

La cuti-réaction et le timbre à la tuberculine sont négatifs.

On institue un traitement à base de :

Tétracycline : 0,50 g/jour.

Le 18 janvier, les signes d'auscultation ont disparu. Mais la gorge est toujours rouge et la température va rester élevée, décrivant de grandes oscillations entre 37°5 et 39°5 pendant plus d'un mois, mais sans altération importante de l'état général. On verra apparaître successivement des adénopathies multiples le 20 janvier, une splénomégalie modérée le 4 février. La V.S. est alors accélérée : 82 - 120 - 137mm.

Toutes les explorations s'avèrent négatives :

Radiographies du thorax, des sinus, du squelette

les culots urinaires

les hémocultures

la rachicentèse

les: Séro-diagnostic de la brucellose de la fièvre typhoïde. En désespoir de cause on pratique une adénoïdectomie sous antibiothérapie, mais sans succès.

L'hémogramme varie au cours de l'évolution :

Il est normal le 20 janvier ,

mais le 15 février, il montre une hyperleucocytose à 27 600 GB avec polys. : 16 %

L. 58 % - Mono 5 % - Mononucléaires atypiques 20

Cellule hyperbasophile 1

Le myélogramme est normal

La R. de Paul et Bunnell est négative les 18 février, 3 et 18 mars. 23 avril. L'enfant est du groupe sanguin O Rh +

Les réactions de la toxoplasmose, les R. de Hirst grippe sont négatives.

Mais la F.C. pour l'O.P.L. est positive au 1/40ème le 26 février et négative le 21 mars.

Le 19 février, l'enfant est apyrétique.

EN RESUME : Syndrome ayant fait évoquer le diagnostic de mononucléose infectieuse, mais avec R. de Paul et Bunnell négative.

OBSERVATION N°8. -

GUI..... Claire, 3 ans 1/2, est hospitalisée le 19 décembre 1958, pour suspicion d'appendicite.

Depuis le 16, l'enfant se plaignait de nausées, vomissements et d'une douleur au point de Mac Burney.

A l'entrée, la fièvre à 39°8 et l'existence de signes respiratoires la font aiguiller vers le service de médecine où l'on constate une dyspnée, un petit battement des ailes du nez et une submatité gauche. L'auscultation pulmonaire et la radioscopie sont normales.

C'est seulement le lendemain que l'examen clinique perçoit un petit foyer de la base gauche, confirmé sur la radiographie qui montre des opacités nuageuses mal limitées et non systématisées de la base gauche, comblant le cul-de-sac pleural, et une accentuation de la trame bronchovasculaire dans l'angle cardio-phrénique droit. La thoracentèse ramène 2 gouttes de liquide dont la culture sera négative.

L'hémogramme montre :

4 750 000 GR.

16 400 GB - P. N. 78 % - L. 17 - Mono 4

Le compte d'Addis montre 490 000 hématies/minu-
te - Il n'y a pas d'albuminurie. On institue un traitement de :

Pénicilline : 2 millions

Adiazine : 4 g.

Le 23 décembre, seule la toux persiste, et l'enfant quitte le service.

La F. du C. O.P.L. est positive au 1/80ème le 21 décembre.

EN RESUME : Pneumopathie aiguë à début pseudo-appendiculaire avec hématurie microscopique.

OBSERVATION N°9.

SAG... Didier - 5 ans - est hospitalisé le 16 décembre pour fièvre à 40° et toux.

A l'entrée, l'examen trouve une submatité de la base gauche et des polymicro-adénopathies cervicales et sous angulo-maxillaires.

La gorge est rouge.

L'hémogramme montre :

4 720 000 GR.

9 200 GB.

P.N. 46 % - Eo 6 - B. 1 - L. 40 - Mono 6 - myélo 1.

La radiographie pulmonaire montre une opacité de la base droite, peu dense, non homogène, mal limitée, respectant le cul-de-sac et semblant localisée au segment postérieur du lobe inférieur. Elle est reliée au hile par des coulées hilo-diaphragmatiques accentuées.

Cette opacité sera beaucoup moins nette sur le cliché du 27 décembre. Dans le culot urinaire, il y a d'assez nombreuses cellules épithéliales. Il n'y a pas d'albuminurie.

Du 16 au 24 décembre, on institue le traitement suivant :

Tétracycline 0,50 g.

Adiazine 1,50 g.

Le 30 décembre, l'enfant sort guéri.

Les examens sérologiques montrent :

la R. de Hirst-grippe est négative

La R. de D. du C. - O.P.L. est positive :

- au 1/80ème le 24 décembre,

- au 1/20ème le 10 janvier.

EN RESUME : Pneumopathie aiguë

OBSERVATION N°10.

GOU... Sylviane, - 10 ans 1/2 - est hospitalisée dans le service pour fièvre, dysphagie, et douleurs articulaires apparues la veille.

Le 5 juin 1959, à l'entrée, la température atteint 39°7. L'enfant se plaint de céphalées et de courbatures dans le dos.

Le genou droit est franchement chaud et le poignet droit spontanément douloureux.

L'auscultation perçoit un souffle discret, mésosystolique, au niveau du 2ème E.I.G., irradiant le long du bord gauche du sternum et entendu également au foyer aortique.

Devant ce syndrome, on redoute une maladie de Bouillaud et on traite l'enfant par :

pénicilline 2 millions
cortancyl 40 mg.

Le 6 juin : 38°

Les douleurs articulaires ont disparu, mais il persiste une infiltration de la synoviale du genou droit.

L'enfant présente quelques secousses de toux.

La respiration est rude. Le souffle persiste.

L'abdomen est ballonné avec constipation. Il existe une angine érythémateuse sans adénopathies.

L'hémogramme montre :

5 080 000 GR.

8 000 GB. - P.N. 71 - Eo 1 - L. 24 - M. 4

VS. 24 - 49 - 110 mm. Le prélèvement ne met pas de streptocoque hémolytique en évidence dans la gorge.

Antistreptolysines 80 U. - Fibrine 4, 30 g.

La protidémie est normale et l'électrophorèse montre une augmentation des α_2 globulines.

Le 8 juin : Apyrexie.

Coeur et poumons sont normaux aux examens physique et radioscopique.

L'E.C.G. ne montre pas d'allongement de PR, mais des troubles de la repolarisation en faveur d'une péricardite.

T. est aplati en $D_1 - D_2 - VF - V_1 - V_2$
 inversé à épaule arrondie, symétrique en $V_3 - V_4$;
 aplati en $V_5 - V_6$

On envisage alors le diagnostic de péricardite virale.

Le 10, T. est toujours aplati en $D_1 - D_2 - D_3 - VF - V_5$ et V_6
 négatif en $V_3 - V_4$
 positif en V_1

Le 12, le traitement est modifié : oracilline 600 000 U.
 On baisse le cortancyl
 Fibrine : 2,75 g.
 Electrophorèse et V.S. sont normales

Le 19, T. est encore aplati.

La radiographie pulmonaire montre une opacité triangulaire lobaire supérieure droite visible seulement sur les profils, avec accentuation des ombres hilaires droites.

Le 3 juillet, le souffle systolique persiste.

Les ondes T. réapparaissent, mais d'amplitude encore faible.

Le 6 juillet, on arrête le cortancyl.

Un nouvel E.C.G. pratiqué en novembre montrera des ondes T. encore peu amples.

La R. de F. du C.O.P.L. est positive :

- au 1/10ème le 8 juin 1959

- au 1/80ème le 18

négative le 17 juillet

traces d'agglutination au 1/10ème en novembre

La R. de Hirst-grippe et la R. de F. du C. A.P.C. sont négatives.

EN RESUME : Pneumonie atypique masquée par un syndrome pseudo-rhumatismal avec une péricardite au premier plan.

OBSERVATION N° 11. -

DEH... Bernadette, - 6 ans - est hospitalisée le 5 décembre 1958 pour fièvre à 40°, somnolence, douleur épigastrique et toux.

L'examen trouve une submatité des bases, des sibilants à gauche, une conjonctivite et une fosse iliaque droite légèrement gargouillante.

La radiographie pulmonaire montre une opacité dense et bien limitée de la partie supérieure du lobe inférieur gauche. L'Hémogramme montre :

4 950 000 GR.

25 400 GB.

P. N. 90 % Métamyélo. 6 % - Lympho. 4

La fibrinémie atteint 10 g.

La cuti-réaction à la tuberculine est douteuse, mais l'intra-dermo-R. à 10 U. est positive

Traitement :

Pénicilline puis Oracilline 1 million

Streptomycine 0,50 g.

Le 7 décembre : l'apyrexie est réalisée.

Le 10 : les S. respiratoires persistent.

On trouve quelques adénopathies sous-angulo-maxillaires. La gorge est un peu rouge.

Le 16 : I. T. N.

Le 18 : l'enfant sort guéri.

R. de D. du C. - O. P. L. positive au 1/40ème : le 11 décembre

A. P. C. négative

F. de C. - grippe A positive

EN RESUME : pneumopathie aiguë avec conjonctivite.

OBSERVATION N°12. -

PEL... Colette, - 7 ans - est hospitalisée le 16 mai 1960, pour toux, anorexie, fièvre à 37°9 apparues 10 jours avant et ayant fait découvrir une image pulmonaire à type de trouble de la ventilation.

L'enfant ayant fait un séjour en préventorium en janvier 1957, pour primo-infection avec adénopathie hilare, on redoute une tuberculose pulmonaire.

L'examen dans le service note qu'il n'y a pas d'amaigrissement ni de fièvre. Mais l'enfant est abattu et présente des quintes de toux nocturnes.

Les pommettes sont vultueuses. Il existe une injection conjonctivale. La gorge est rouge, avec adénopathie sous-maxillaire droite.

L'auscultation perçoit des râles crépitants fins, secs, en fin d'inspiration profonde et à la reprise de la toux, et quelques sibilants lors de la toux.

L'hémogramme montre :

4 820 000 GR.

9 500 GB.

P.N. 92 %

L. 5 - M. 3

La V.S. est normale.

La cuti-réaction, l'intra-dermo à la tuberculine à 50 U. sont négatives, de même que le B.C.G.-test - 3 tubages gastriques ne ramènent pas de B.K.

Traitement :

cortancyl 2 mg/kg.

tétracycline 1 g.

1 injection de gamma-globulines

Des tomographies précisent que l'opacité pulmonaire siège dans le segment antérieur du lobe supérieur droit, à sa partie externe. Elle est bien limitée en bas. Sa limite supérieure s'étend en éventail.

Les sinus sont normaux.

Le 19 mai, asthénie et toux ont diminué.

Le 24 mai, il persiste une diminution de transparence du champ pulmonaire droit, qui disparaît sur le cliché du 2 juin

La F. de C. pour l'O.P.L. est positive :

- au 1/60ème le 17 mai,
- au 1/80ème le 2 juin.

La F. du C. - grippe est négative.

Le 1er septembre 1960, l'enfant est revu :

I.T.N. Cuti-réaction et timbre à tuberculine sont à nouveau très franchement positifs.

EN RESUME : Trouble de la ventilation

Négativation de la Cuti-réaction à la tuberculine.

OBSERVATIONS 13 et 14

Les deux frères GAR... - Yves, 7 ans 1/2 - et Jean-Luc, 10 ans 1/2 - sont amenés à la consultation le 26 janvier 1956 pour un syndrome respiratoire.

En effet, depuis 15 jours, ils sont fatigués et surtout toussent beaucoup. Ils sont apyrétiques.

L'examen général est normal chez les deux frères : foie normal et rate non palpable ; pas d'adénopathies, rhinopharynx normal,

Mais, si la percussion du thorax est normale, l'auscultation perçoit :

- chez Yves, une rudesse du M.V. dans la région axillaire droite,

- chez Jean-Luc, quelques râles sous-crépitaux sous-axillaires droits.

La radiographie montre :

- chez Yves : une opacité homogène de 1/3 inférieur du champ pulmonaire droit, respectant la base, et une sinusite maxillaire bilatérale,

- chez Jean-Luc, une accentuation des trainées hilo-phéniques droites.

Les cuti-réactions, les I.D. à 50 U. sont négatives.

L'hémogramme de Yves montre :

5 160 000 GR.

10 160 GB.

Poly. 69 %

On s'oriente vers une pneumopathie virale et on demande chez les deux frères :

- la réaction de Hirst-grippe
- l'agglutination des Rickettsies, qui seront négatives

La réaction de l'O. P. L. :

positive (le 26 janvier 1956
(le 11 février 1956

Un traitement est institué du 26 janvier au 3 février :

- tétracycline 1 g.)
 - adiazine 2 g.)
- par jour

Le 11 février :

Les radiographies de Jean-Luc sont normales, mais chez Yves, l'image pulmonaire et l'opacité du sinus maxillaire droit persistent.

Enfin, le 23 février, ces images sont en voie de régression.

EPIDEMIOLOGIE.

On apprend que 3 mois avant le début de l'affection, les enfants sont allés chez des amis possédant des perruches, et surtout que 15 jours avant, ils ont joué avec les pigeons de la cour du Louvre.

EN RESUME - Bronchopneumopathie ornithosique chez deux frères ayant eu un contact aviaire 15 jours avant le début de leurs troubles. L'un d'eux a présenté en outre une sinusite maxillaire.

OBSERVATION N° 15

BER Christine, - 6 ans 1/2 - est admise le 20 avril 1961 pour suspicion de primo-infection, bien qu'elle ait reçu le B. C. G. en décembre 1960 et que la cuti-réaction à la tuberculine ait été négative le 15 avril. Mais son frère était en pré-ventorium depuis 2 mois pour une primo-infection.

Depuis un mois, l'enfant se plaint d'une asthénie discrète et de quelques céphalées. Les parents ont constaté des sueurs nocturnes et une toux légère ; l'enfant se mouche constamment. Il n'y a pas d'amaigrissement ni d'anorexie.

Une Radiographie pulmonaire avait été normale en février.

Celle du 17 avril montre une opacité paracardiaque gauche, ovulaire à limites irrégulières, non homogène, plus dense en dehors, avec des images plus claires en son centre, et une accentuation bilatérale des images broncho-vasculaires.

L'examen à l'entrée constate un bon état général. La température oscille entre 37° et 37°8, les 3 premiers jours de l'hospitalisation. L'examen du thorax retrouve une arythmie respiratoire et une sub-matité axillaire gauche. Il existe par ailleurs un enchifrènement nasal.

Cuti-réaction et intra-dermo R. à la tuberculine à 10 et 50 U. sont négatives, mais le timbre est positif.

L'hémogramme montre :

4.370.000 GR.

4.800 GB.

PN. 57 %, L. 32 - Mono. 10, 1 Plasmocyte

V.S. :

96 - 115 - 125 mm le 15 avril

47 - 82 - le 20 avril

20 - 50 - le 29 avril

12 - 32 - 112 mm le 5 mai

Le tubage gastrique à la recherche de B.K. est négatif. L'indice d'haptoglobine atteint 1,50

Aucun traitement n'est institué.

Les images radiologiques disparaissent le 27 avril.

Le 10 mai, la leucopénie s'est réparée, mais démasque la granulopénie :

7.200 GB - P.N. 43 %, Eo 1 - B. 1 - L. 49 - M.4 - Plasm. 2

L'enfant sort guéri le 10 mai.

R. de F. du C. pour l'O.P.L. positive au 1/60ème

le 24 avril.

Agglutinines froides négatives

Agglutination fièvre Q négative

EN RESUME : - Image pulmonaire anormale découverte d'examen - guérison spontanée

OBSERVATION N° 16

SIL... Joseph - 10 ans 1/2 - consulte le 19 septembre 1953 pour image pulmonaire anormale. Fin juin, l'enfant avait présenté un épisode fébrile autour de 38°, accompagné d'une asthénie modérée et d'une toux surtout nocturne : il fut traité de façon symptomatique.

La radiographie pulmonaire pratiquée le 3 juillet montre une opacité linéaire correspondant à une scissure. On évoque une primo-infection. L'enfant part à la campagne, sans traitement. Les signes fonctionnels et généraux disparaissent, hormis la fièvre à 38° le soir.

A son retour, à la consultation, le 19 septembre, l'enfant semble en bon état général. L'examen trouve seulement des ronchus disséminés dans les deux champs pulmonaires et quelques ganglions sous-angulo-maxillaires. Mais les dents sont en très mauvais état.

La Cuti et l'Intra-dermo - R. à la tuberculine à 10 et 50 U. sont négatives.

V.S. : 7 - 17 - 78 mm

L'hémogramme montre :

4.900.000 GR

8.200 GB

P.N. 49 %, Eo 7, L. 39, M. 5 -

Une recherche de BK par tubage est négative.

La radiographie montre une opacité du segment inférieur du lobe supérieur droit. Les tomographies préciseront que cette opacité est homogène.

A la bronchoscopie,

- l'orifice de la bronche du lobe supérieur droit est perméable. Mais l'éperon est très élargi. Les 3 orifices secondaires sont perméables et ne sont pas déformés.

- Aucune autre anomalie n'est constatée au niveau des autres bronches droites et des bronches gauches.

L'examen parasitologique des selles met en évidence des kystes de *Lamblia*s et des oeufs de *Trichocéphales*.

Aucun traitement n'est institué.

Le 3 octobre les ronchus persistent. L'hémogramme est identique au précédent, avec une éosinophilie à 9 %.

Le 10 octobre : radiographie pulmonaire normale.

R. Sérologiques

D. du C. Toxoplasmose négative

Hirst - grippe négative

Agglutinines froides négatives

D. du C. - O.P.L. positive au 1/40ème le 5 octobre

EN RESUME - Pneumopathie traînante ayant fait évoquer une primo-infection.

OBSERVATION N° 17

TAM..... Patrice - 9 ans - est hospitalisé le 7 décembre 1953, pour une image pulmonaire anormale découverte lors d'une radioscopie systématique. On constate alors que l'enfant présente une toux grasse sans expectoration et une fébricule entre 37°9 et 38°2.

La radiographie montre le 4, une opacité sous-claviculaire gauche peu dense, nuageuse, non homogène, triangulaire à base périphérique estompée et à topographie antérieure.

A son entrée, la température autour de 38° se normalisera au bout de 2 jours. L'état général est bon. La toux grasse persiste sans expectoration. La percussion révèle une sub-matité sous-claviculaire gauche, mais l'auscultation est normale.

Une radiographie pulmonaire montre, le 8 décembre, que l'opacité est devenue plus dense, plus étendue, plus homogène.

Cuti-réaction et intra-dermo R. à la tuberculine à 10 et 50 U sont négatives.

Une intra-dermo R. pratiquée avec l'antigène de la maladie des griffes du chat est négative .

Hémogramme :

4 600 000 GR.

10 400 GB.

PN. 64 % - Eo 1 - B. 1 - L. 27 - Mono 7.

Le traitement se résume à la prise de 100 mg. d'acide ascorbique par jour.

Le 12 décembre : la toux s'est atténuée, mais l'auscultation perçoit un foyer de râles bulleux sous-claviculaires gauches.

A la radiographie, l'opacité gauche s'est beaucoup atténuée. A droite, la scissure est visible.

Une recherche de parasites dans les selles est négative.

Bronchoscopie : les bronches gauches sont examinées jusqu'à l'orifice du lobe supérieur et paraissent normales. Les autres ne peuvent être vues.

Le 14 décembre : L'examen clinique ne retrouve plus que des râles bulleux et de gros râles musicaux au niveau de la région sous-claviculaire droite.

Hémogramme :

8 800 GB.

PN. 37 % - Eo 4 - L. 53 - M. 4

Le 19 décembre, l'enfant sort guéri, sur le plan clinique et radiologique.

La R. de F. du C. - O.P.L. est positive au 1/160ème

- le 7,

- et le 18 décembre

On apprend que l'enfant va jouer souvent aux Tuileries.

EN RESUME: Pneumopathie subaigue, guérissant spontanément, avec opacité pulmonaire et signes fonctionnels.

OBSERVATION N°18 -

LEG... Christian - 8 ans 1/2 - est hospitalisé le 3 juin 1956 pour un syndrome respiratoire aigu, ayant débuté le 1er juin par une asthénie, une nervosité plus marquée que d'habitude des vomissements, une constipation et une toux rare, sèche et parfois quinteuse.

A l'entrée, la température oscille entre 39°4 et 37°. L'auscultation pulmonaire perçoit des râles bronchiques ronflants et sibilants dans les deux champs pulmonaires. La gorge est rouge.

La radiographie pulmonaire montre une accentuation des ombres hilifiges.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative. L'hémogramme montre :

4 470 000 GR.

8 300 GB.

PN. 27 % - Eo 3 - L. 61 - M. 7 - Plasmocytes 2.

V.S. - 49 - 74 - 117

Prélèvement de gorge : staphylocoques

Antistreptolysines 250 U.

Fibrine : 3,80 g.

E.C.G. : normal.

Culot urinaire : assez nombreuses hématies, mais pas d'albuminurie.

Le traitement consiste en :

- une injection de gamma globulines de 2cc. le 3 juin,
- terramycine 1g/jour du 8 au 15 juin.

Le 15 juin : la température est normale. Les signes pulmonaires ont disparu.

Mais l'on perçoit le pôle inférieur de la rate, 1 cm au-dessous du rebord costal et des adénopathies cervicales, épitrochléennes et inguinales.

L'hémogramme montre :

13 000 GB.

P.N. 13 % - L. 81 - M. 5 -

Plasmocyte 1

La R. de F. du C. - O.P.L. est positive au 1/160ème les 11 et 21 juin.

On apprend que des pigeons sont élevés dans sa pension.

EN RESUME : Pneumopathie aiguë avec splénomégalie et adénomégalies.

OBSERVATION N°19 -

MAS... Annie - 8 ans 1/2 - est hospitalisée le 20 décembre 1958, pour une fièvre à 38° persistant depuis 48 heures à la suite d'une angine traitée par l'Extencilline.

A son arrivée¹, l'examen note :

- une toux sèche avec submatité des deux bases
- une diminution du murmure vésiculaire à la base droite,
- et une rhinopharyngite avec une conjonctivite droite.

La radiographie pulmonaire est normale,

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Le culot urinaire contient :

- albumine : 0, 20 g. 0/00
- quelques cellules épithéliales
- rares hématies - pas de pus ni de germe.

Le 29 - un nouveau culot est pratiqué sur les urines recueillies par sondage.

- albumine : 0
- nombreuses cellules épithéliales,
- quelques hématies,
- pus - diplocoques - Gram + en amas et chaînettes.

urée sanguine : 0;30 g.0/00

Compte d'Addis : 610 hématies / minute

Urographie intra-veineuse normale

Traitement du 29 décembre au 6 janvier.

- Erythromycine 1 g.
- Tétracycline 1 g.

Le 5 janvier 1959 - le culot est redevenu normal. Il n'y a plus d'albumine.

L'enfant sort guéri le 8 janvier 1959.

R. de D. du C. - O. P. L. : positive au 1/40ème le 22 décembre 1958.

R. de D. du C. A. P. C. : négative.

EN RESUME : Rhinobronchite - conjonctivite - petite atteinte rénale.

OBSERVATION N° 20 -

COU... Pierre - 12 ans 1/2 - vient consulter le 19 janvier 1956, pour une image pulmonaire anormale, découverte d'examen systématique, avec altération de l'état général depuis 15 jours et toux importante, ramenant quelques crachats purulents.

L'examen clinique est strictement normal : pas de fièvre, auscultation pulmonaire normale. Mais la radiographie pulmonaire et les tomographies confirment l'existence d'une opacité arrondie, dense, non homogène, à limites floues, au niveau du lobe moyen droit, avec accentuation de la trame broncho-vasculaire la reliant au hile. Il n'y a pas de cavité au sein de cette opacité.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive.

L'enfant a reçu le B.C.G. en 1950

La V.S. est accélérée : 28 - 59 - 105 mm

L'hémogramme montre :

4 190 000 GR

12 400 GB

PN. 64 % - Eo 6 % - B. 1 - L. 23 - Monocytes 8

On prescrit 1 g. d'auréomycine pendant 8 jours.

Le 9 février, clichés pulmonaires et V.S. sont normaux

R. Sérologiques. -

D.C. - O.P.L. positive le 9 février.

R. de Hirst - grippe négative

Agglutination des Rickettsies négative.

EN RESUME : Problème d'une pneumopathie aiguë dont la nature tuberculeuse a pu être discutée le premier jour, mais qui a régressé en 8 jours de traitement par l'auréomycine.

OBSERVATION N° 21 -

BAR... Thérèse - 18 mois - est hospitalisée le 30 mars 1959 pour fièvre, dyspnée, vomissements et angine rouge.

On signale en janvier et février une toux qui déclenchait une cyanose.

L'examen à l'entrée constate une fièvre à 40° qui durera

3 jours ; l'enfant est grognon. Il existe une polypnée discrète, régulière, avec un léger battement des ailes du nez, mais pas de tirage.

L'auscultation perçoit des ronchus disséminés dans les 2 champs pulmonaires. Le coeur est rapide : 120/minute.

Enfin, il existe une rhino-pharyngite avec otite.

La radiographie pulmonaire montre une accentuation du pinceautage hilair.

La cuti-réaction, le timbre et l'intra-dermo R. à la tuberculine à 10 U. sont négatifs.

L'hémogramme montre :

3 900 000 GR.

4 200 GB.

P.N. 78 % - L. 17 - Mono 3

1 plasmocyte

1 métamyélocyte

Dans le culot urinaire, l'examen met en évidence :

albumine +

assez nombreuses cellules épithéliales

quelques hématies

assez nombreux éléments très altérés

pas de germe

L'hémoculture est négative.

Un traitement est institué :

pénicilline : 1 million

streptomycine : 0,30 g. remplacée le 1er avril

par de la terramycine : 0,50 g.

Le 2 avril - la fièvre se maintient à 40°, ainsi que la toux, coqueluchoïde. L'auscultation pulmonaire perçoit un petit foyer de râles à la base gauche

Le 3 avril - compte d'Addis : 1 100 hématies/minute

4 400 leucocytes.

On remplace alors la terramycine par 0,25 g. de chloramphénicol jusqu'au 9.

Le 6 avril, - on découvre des bacilles gram - dans le culot urinaire.

Le 11 - un nouveau clocher fébrile à 38° accompagne une rhinite purulente.

Le 15 - l'urographie intra-veineuse est normale

Le 24 - le culot urinaire est redevenu normal

Réactions sérologiques -

Le D. du C. - O.P.L. est négative le 31 mars ;
positive au 1/40ème le 15 avril.

L'agglutination de Rickettsia Burnetti est ++ le 31 mars
 La R. de Hrist - grippe est négative le 31 mars et le 15
 avril, La D. de C. - A.P.C. est négative le 31 mars et positive
 au 1/16ème le 16 avril.

EN RESUME : pneumopathie aiguë avec atteinte rénale.

OBSERVATION N°22. -

VAL... Bruno - 3 ans - est admis le 30 janvier 1958 pour
 une fièvre à 38° et une toux non quinteuse, mais émetisante, faisant
 suspecter la coqueluche.

L'examen pulmonaire clinique est négatif.

Mais la radiographie met en évidence une accentuation des
 opacités hilaires qui s'étendent en éventail vers les 2 champs pul-
 monaires.

Par ailleurs, l'enfant a une angine érythémato-pultacée.

Cuti-réaction, timbre et intra-dermo R. à la tuberculine à
 50 U. sont négatifs.

L'hémogramme montre :

4 250 000 GR.

13 000 GB.

P.N. 78 % - L. 15 - M. 7

La recherche de Bacille de Bordet et Gengou est négative.

Culoi urinaire :

albumine : 0

nombreuses cellules épithéliales

quelques hématies

quelques polynucléaires non altérés

pas de germe

Traitement à partir du 2 février :

tétracycline : 0, 75 g./jour

La température se normalisera définitivement le lendemain
 alors que l'angine persiste.

Le 10 février, la radiographie pulmonaire est identique. Elle redevient
 normale le 14.

R. Sérologiques.

D. du C. - O.P.L. - positive - (au 1/20ème le 3 février
(au 1/40ème le 17 février.

R. de Hirst et F. du C. - grippe A. sont positives le 3 février.

La R. de Hirst sera encore positive le 17 alors que la F. du C. sera devenue négative.

EN RESUME : pneumopathie aiguë - Angine érythémato-pultacée.

OBSERVATION N° 23. -

CAS... Jacqueline - 4 ans - est hospitalisée le 27 décembre 1957 pour suspicion de rougeole.

Elle avait déjà été hospitalisée du 6 au 19 novembre pour un syndrome grippal avec quelques râles bulleux ; et du 25 novembre au 7 décembre pour une otite, traitée par 0;50 g. d'érythromycine par jour pendant 6 jours. Le cliché thoracique avait été normal au cours de ces deux séjours dans le service.

Le 27 décembre, l'enfant est subfébrile : 37°5
Elle présente une rhinopharyngite. L'examen ne retrouve pas de signe de Köplick ni d'éruption, mais des polymicroadénopathies. L'auscultation pulmonaire perçoit des âles bulleux et sous-crépitants dans les 2 champs. La radiographie pulmonaire est normale.

Cuti-réaction et timbre à la tuberculine sont négatifs.

L'hémogramme montre :

4 350 000 GR.

5 400 GB.

P.N. 39 - Eo 2 - L. 51 - Mono 6 - plasmocytes 2

L'enfant est traité par :

tétracycline 0,50 g/jour pendant 10 jours jusqu'à sa guérison.

R. Sérologiques.

D. du C. - O.P.L. - positive - (au 1/20ème le 3 janvier
(au 1/40ème le 15 janvier.

D. du C. - A.P.C. - négative -

R. de Hirst - grippe asiatique positive aux mêmes dates.

EN RESUME. - 3 hospitalisations successives, pour :

- 1° - un syndrome grippal le 6 novembre 1957,
- 2° - une otite le 25 novembre, en même temps que BRI..., notre observation N°5, qui présentait une ornithose.
- 3° - une rhinobronchite le 28 décembre.

L'espace entre les deux dernières hospitalisations correspond peut-être à l'incubation de l'ornithose.

OBSERVATION N° 24 -

BEL... Alain - 7 ans - est hospitalisé le 29 septembre 1958, pour altération de l'état général et image pulmonaire anormale.

Depuis le mois d'août, il se plaint d'asthénie, anorexie, accompagnée d'une fébricule à 37°5 - 38. Depuis le début de septembre, il tousse et se plaint d'insomnies nocturnes.

L'examen à l'entrée est normal en dehors d'adénopathies inguinales, sous-maxillaires et rétro-auriculaire gauche. Mais la peau est en très mauvais état.

La radiographie pulmonaire montre une opacité non homogène du segment ventral du lobe supérieur gauche, une discrète accentuation des images broncho-vasculaires bilatérale et une opacité latéro-trachéale droite faisant évoquer une adénopathie.

La cuti-réaction et l'intra-dermo R. à la tuberculine à 50 U. sont négatives bien que l'enfant ait eu le B.C.G. en 1954,

V.S. : 18 - 47 - 109 mm le 19 septembre.

26 - 54 - 107 mm le 1er octobre.

Hémogramme :

4 250 000 GR.

5 200 GB

P. N. 48 % - Eo 13 - L. 28 - M. 11

L'examen parasitologique des selles met en évidence des kystes de Lamblias et de Trichocéphales qui sont traités par la nivaquine.

Sur la radiographie du 4 octobre, les images pathologiques persistent et se sont même accentuées à gauche.

Le 14 - la température persiste, ainsi que la toux.

On le traite alors par la tétracycline : 1 g. par jour et le Cortancyl 20 mg. pendant 9 jours.

La radiographie montre la persistance d'une ligne scissurale horizontale visible sur le profil et que l'on retrouvera encore le 22 octobre.

V.S. : 7 - 19 - 72 mm.

La toux persiste jusqu'au 5 novembre.

L'enfant quitte le service le 30 octobre.

R. Sérologiques.

F. du C. - O. P. L. :

- positive au 1/40ème le 2 et le 12 octobre.
- négative le 5 novembre

Agglutination des Rickettsies : Fièvre Q. négative le 9 octobre, - positive le 24 - et négative le 5 novembre

R. de Hirst-grippe négative, ainsi que la
R. de F. du C. A. P. C.

Epidémiologie :

L'enfant habite un rez-de-chaussée près de la halle aux cuirs.

EN RESUME. - Pneumopathie traînante

OBSERVATION N° 25. -

SAI. Guy - 11 ans 1/2 - est hospitalisé le 26 mars 1957 pour une image pulmonaire anormale et une cuti-réaction à la tuberculine positive. Mais elle l'était déjà en 1951 et une radiographie pulmonaire pratiquée en juin 1956 mettait en évidence des calcifications hilaires droites.

A l'entrée :

l'état général est bon. La température varie entre 37°3 et 37°8. L'enfant a une toux sèche, quinteuse, exclusivement diurne, allant en s'accroissant depuis le 1er mars. L'auscultation pulmonaire perçoit quelques râles petits, fins, inspiratoires et expiratoires à la base gauche.

La radiographie pulmonaire objective des nodules calcifiés des régions hilaires droite, et surtout gauche et un défaut de transparence du segment externe du lobe inférieur gauche, respectant l'angle cardio-phrénique et le cul-de-sac pleural.

3 tubages gastriques ne ramènent pas de B. K.

Les F. O. sont normaux.

V.S. - 32 - 58 - 112 mm à l'entrée
 21 - 47 - 103 mm le 8 avril
 10 - 27 - 94 mm le 15
 normale le 2 mai

Spontanément, température et radiographie pulmonaire se normalisent le 2 avril.

R. Sérologiques.

D. du C. - O.P.L. - positive (au 1/30ème le 5 avril
 (au 1/20ème le 17 avril
 (et le 2 mai. .

A.P.C. négative au 1/8ème.

R. de Hirst - grippe - négative les 5 et 17 avril

agglutination pour la fièvre Q positive le 5 avril

EN RESUME : problème d'une pneumopathie ayant fait évoquer une tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION N° 26. -

BER. Michel, 15 ans, est hospitalisé le 11 juillet 1955 pour suspicion de maladie de Hodgkin. En Mars, il a présenté une toux rebelle, rauque, quinteuse, sans fièvre ni expectoration. En avril, l'examen clinique et la cuti-réaction à la tuberculine étaient négatifs. La radiographie pulmonaire montrait une accentuation bilatérale des opacités hilaires. On lui administre alors des sédatifs et des antispasmodiques. Mais 10 jours plus tard, la toux réapparaît, très intense, émétisante. L'enfant vomit également spontanément à la fin de chaque repas.

Le 2 mai, il est hospitalisé à Saint Aignan(Cher)
 Il est apyrétique. Sa respiration est un peu rude.

La V.S. est normale.

L'hémogramme ne montre qu'une éosinophilie à 16 %
 pour 6 600 G.B.

L'examen parasitologique des selles est négatif.

Début juin, la température s'élève, entre 37°6 et 38°6

L'hémoculture est négative.

Le myélogramme montre :

polycucléaires neutrophiles : 43 %

myélocytes neutrophiles : 17 %

Une cellule géante faisant suspecter une lympho-granulomatose maligne.

Malgré le traitement à base de :

- spécilline 1 million

- hydrocortisone 50 mg.

la fièvre, la toux et les vomissements persistent ; l'enfant maigrit et est envoyé dans le service.

A son entrée, il est subfébrile : 37°8/.

L'examen clinique ne trouve que quelques adénopathies cervicales d'allure banale.

L'accentuation des images broncho-vasculaires persiste.

La V.S. est discrètement accélérée : 20 - 47 - 98 mm.

L'hémogramme montre :

4 900 000 GR.

8 800 GB.

PN. 51 % - Eo 5 %

L. 40 - M. 4

La radiographie des sinus est normale.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Le 14 juillet, apparaît une expectoration mousseuse aqueuse, laissant déposer une couche de mucus. L'examen montre :

- au point de vue cytologique :

polys N. 60 % - Pas d'Eo.

cellules 40 % - éléments lysés.

- au point de vue bactériologique :

pneumocoques et muguet.

Le traitement institué alors comporte :

- des cures en position déclive, qui drainent une expectoration importante : 170cc. le 16 juillet,

300, le 17,
475, les 18 et 19
puis 200,
enfin 100 cc.

- pénicilline 1 million pendant 5 jours,
- érythromycine 1 g. pendant 20 jours.

La bronchospie ne montre pas d'anomalie de la muqueuse bronchique, mais une rougeur diffuse, surtout au niveau du lobe inférieur gauche.

La bronchographie lipiodolée ne montre pas de bronchectasie. -

Du 28 juillet au 8 août, l'enfant a une otorrhée gauche.

Le 3 août, la V.S. est encore légèrement accélérée : 15 - 45 - 107 mm.

Il sort le 17 août, subfébrile, avec expectoration de 20 cc. par jour.

Les épisodes fébriles avec toux et expectoration se répèteront jusqu'en novembre, nécessitant des traitements antibiotiques. Au-delà de cette date, il sera définitivement guéri.

R. de F. du C. - O.P.L. - positive au 1/80ème le 30 juillet.

L'intra-dermo-R. avec l'antigène de la fièvre Q. est fortement positive le 9 août.

Epidémiologie.

Le malade soignait la basse-cour d'une ferme de Sologne, et en particulier les pigeons.

EN RESUME -

Pneumopathie traînante bronchorrhéique.

OBSERVATION N° 27. -

RO... Gérard - 1 an - est hospitalisé le 28 février 1958 pour une érythrodermie généralisée avec oedème du visage.

Le reste de l'examen est normal : il n'y a pas d'adénopathies, de splénomégalie, ni de signes pulmonaires. La gorge **est propre**. - 10 jours auparavant, l'enfant avait eu une rhinobronchite traitée par 0,40 g. de Tétracycline.

Dans le service, on lui administre :

- du sirop de Phénergan
- de la pénicilline 1 Million intra-musculaire.

Pendant 3 jours, il est subfébrile le soir (38 - 38°5) mais apyrétique le matin.

Le 3 mars, soit 4 jours après son entrée, l'apyrexie est définitive. Il persiste un erythème du visage et du cou et une desquamation en collerette sur le médius gauche.

Le 6 mars, la desquamation, fine, furfuracée, atteint le tronc.

On élimine une scarlatine fruste : il n'y a pas de streptocoque hémolytique dans la gorge. Les antistreptolysines sont à 20 U. L'hémogramme du 1er mars 1958 montre :

4.400.000 GR. Hb : 55 %

7 400 GB

P. N. 39 - Eo 11 - L 42 - Mono 7 - Plasmocyte 1

Le culot urinaire du 3 est légèrement perturbé :

- albumine
- urates
- quelques cellules épithéliales
- quelques hématies.

Celui du 7 est strictement normal.

L'urée sanguine est normale : 0,40 g/l.

La cuti réaction à la tuberculine est négative.

R. Sérologiques.

F. du C. - O. P. L. - positive - au 1/80ème
le 3 mars 1958.

Présence de virus Polio III dans les selles.
 F. du C. - grippe - négative.

EN RESUME -

Eruption érythémateuse desquamant secondairement, avec petite note rénale, 10 jours après une rhinobronchite.

OBSERVATION N°28. -

TIN... Patrice - 10 ans 1/2 - est hospitalisé dans le service le 3 juillet 1962 pour suspicion de tuberculose pulmonaire.

En effet, un timbre à la tuberculine pratiqué le 12 juin était très fortement positif, alors que les cuti-réactions antérieures étaient légèrement positives. Il avait reçu le B.C.G. en 1955.

Par ailleurs, il présentait une toux sèche, parfois quinteuse depuis 15 jours.

L'examen clinique perçoit quelques râles bronchiques à droite le 27 juin.

On prescrit un traitement de :

- térramycine pendant 5 jours.

La radiographie pulmonaire montre une opacité segmentaire non-homogène du segment postérieur du lobe inférieur gauche.

Dans le service, on constate :
 que l'examen clinique est redevenu négatif, que la toux a disparu et que la nouvelle radiographie pulmonaire pratiquée le 5 juillet est normale.

3 tubages gastriques pour la recherche de B.K.
sont négatifs.

Les fonds d'oeil sont normaux.

Hémogramme :

7 000 GB.

P.N. 51 % - Eo 8 - B 1

Lymphocytes 33

monocytes 7

Les recherches sérologiques confirmeront le diagnostic évoqué devant la disparition rapide de la symptomatologie clinique et radiologique après le traitement par la terramycine.

En effet, la R. de F. du C. est négative pour
la grippe.

Positive à 1/80ème pour l'O.P.L. les 10 et
20 juillet 1962.

EN RESUME -

Pneumonie atypique ornithosique.

B. - FORMES EXTRAPULMONAIRES. -

OBSERVATION N° 29. -

ABA.... Michèle - 12 ans 1/2 - est hospitalisée pour un syndrome méningé, le 11 juillet 1957.

Le 10 juillet, elle se plaint d'asthénie et de courbatures - on la traite pour une infection dentaire.

A l'entrée dans le service, l'examen constate une pyrexie à 39°, des courbatures, une douleur sous-maxillaire droite. On retrouve une raideur de la nuque et un signe de Kernig, ainsi qu'une rougeur pharyngée avec des granulations, accompagnée d'un gros ganglion sous-angulo-maxillaire droit et de 2 petits ganglions axillaires gauches, d'apparition récente, et douloureux. Le reste de l'examen est négatif. Le liquide céphalo-rachidien est normal. L'héogramme montre :

4 950 000 GR.

7 600 gB.

P.N. 72 % L. 18 - Mono 9 - Plasmo 1

Le culot urinaire :

-- Albumine 0,20 g 0/00

- nombreuses hématies

- nombreuses cellules épithéliales

L'hémoculture : staphylocoque non pathogène au 2ème repiquage.

Les F.O. sont normaux.

Un traitement est institué :

- aspirine 0,50 g par jour

- gamma globulines : 1 injection de 10 cc.

Le 12 - la température, ainsi que les douleurs du dos et des jambes, persistent. L'enfant accuse des vertiges lors du passage à la station assise. Elle est constipée. On retrouve un signe de Kernig à partir de 75°

Les adénopathies se sont étendues aux aires sous-mentales, sous-angulo-maxillaires, cervicales, et axil-

lares des 2 côtés. Elles sont mobiles et douloureuses.

La gorge est rouge avec quelques joints blancs et il existe une stomatite ulcéreuse.

La palpation de la mastoïde réveille une douleur légère.

Le 13 - la température oscille toujours entre 38°6 et 40°. L'enfant se plaint d'une céphalée bi-temporale, mais la raideur a disparu. La fosse iliaque droite est gargouillante. Il existe une tourniole du pouce droit. La gorge est parsemée de points blancs analogues à des vésicules, mais respectant le voile et il existe des petites ulcérations superficielles de la muqueuse jugale droite et gingivale, reliquat probable de vésicules.

Le 14 - 38°5 - l'enfant se plaint d'une douleur de l'épaule gauche. On perçoit une splénomégalie à bout de doigts.

La radioscopie est normale.

Traitement :

- tétracycline 1 g.
- acide ascorbique et vitamine B₁

Le 15 - 38°1 -

Il est apparu une éruption faite de petites vésicules sur base rouge, peu nombreuses, sur le tronc, la face dorsale des pieds, et les jambes.

2 nouvelles poussées apparaîtront le 16 et le 23 au niveau des jambes et des doigts, l'une d'elles prenant l'aspect d'une tourniole. Le liquide prélevé est amicrobien et la recherche du virus de la fièvre aphteuse se solde d'un échec

Le point douloureux acromio-claviculaire persiste jusqu'au 16.

La splénomégalie augmente : elle déborde de 2 travers de doigts et est sensible.

Prélèvement de gorge : pas de streptocoque hémolytique.

Antistreptolysines 640 U.

La coproculture est négative.

V.S. : 11 - 30 - 98 mm.

R. de Paul et Bunnell négative.

Sérodiagnostics de Widal
et de Brumpt sont négatifs.

L'agglutination des Rickettsies est douteuse.

La tentative d'isolement d'un virus des selles est négative.

EN RESUME :

Tableau septicémique avec réaction méningée clinique
petite atteinte rénale, exanthème et énanthème.

OBSERVATION N° 30

KAM.... Max - 13 ans 1/2 - est hospitalisé le 28 janvier
1959 pour un ictère.

Depuis 15 jours, les parents ont constaté un mauvais
rendement scolaire et depuis 3 jours une asthénie.

Mais il n'y a pas de céphalées, ni de prurit, pas de nau-
sées, d'arthralgies ni d'éruption.

L'examen à l'entrée note : 37°6, ictère cutanéomuqueux généralisé
peu intense. Les urines sont foncées, mais les selles ne sont pas
décolorées. L'enfant vomit un peu. L'examen ne perçoit pas d'hépatome,
ni de splénomégalie. Il n'y a pas de S. pulmonaires, cliniques ou
radiologiques.

Il y a une bradycardie à 60/minute

Urines : sels biliaires +/-

S = O - A = O

Hémogramme :

5 300 000 GR.

5 800 GB.

PN 48 % - Eo 3 - B. 1 - L. 39 - M. 8 - plasmo 1

Bilirubine directe : 72 mg 0/00

Protides 80, 75 g. 0/00

Le 16 - Les urines sont un peu foncées et leur volume est diminué : 500 cc/24 heures.

Culot :

- albumine 0,30 g 0/00
- nombreuses c. épithéliales
- nombreux urates et cristaux d'oxalates de chaux

Compte d'Addis : 5 930 hématies/minute.

Hémogramme :

4 080 000 GR.

6 600 GB.

P.N. 50 % - Eo 3 - L. 35 - M. 10 %

Plasmo 2.

Au traitement on ajoute :

- pénicilline 1 million
- streptomycine 1 g.

Le 20 - Apyrexie - L'appétit réapparaît . Les ganglions ont diminué et sont indolores.

Le 23 - bon état général. La diurèse augmente : 800 cc. , 900 le 25, date à laquelle la rate n'est plus perçue

Hémogramme : 4 650 000 GR.

6 200 GB.

P.N. 35 % - Eo 6 - B. 2 - L. 56 - M. 1 -

Antistreptolysines 100 U.

Le traitement est arrêté.

Le 29 - l'enfant sort guéri.

Epidémiologie. - l'enfant s'était baignée en piscine 12 jours avant le début de la maladie.

R. Sérologiques. -

F. du C. - O.P.L. - positive - (au 1/40ème le 14.7.
(au 1/80ème le 2 août

A.P.C. - négative -

Electrophorèse normale

Lipides 10,50 g.

Cholestérol T 2g.

E 1g.

$$\text{R. Cholestérol } \frac{T}{E} = 0,5$$

Kunkel : 3 - Wunderley $\pm$ - Thymol 4

Complexe prothrombique :

proaccéléline : 25 " / 23 " pour le témoin

proconvertine : 22 " / 21 " pour le témoin

prothrombine : 13 " 5 / 13,5

urée 0,25 g/l

Prélèvement de gorge: pneumocoque.

gatifs
Cuti-réaction et timbre à la tuberculine sont négatifs

Traitement : Terramycine

Métionine - vitamines B₁ et C.

La fièvre persiste quelques jours, modérée.

Le 2 février, les signes digestifs disparaissent,
l'enfant se plaint d'un léger prurit.

Le 21 février, le traitement est arrêté et
l'enfant sort guéri.

R. Sérologiques.

D. du C. - O.P.L. - positive au 1/80ème le 29 janvier
- au 1/20ème le 14 et 18 février
- au 1/10ème le 21 mars
- négative le 28

A.P.C. - négative

Grippe B. + le 9 février

EN RESUME :

Ictère de type catarrhal avec discrète altération
des fonctions hépatiques.

OBSERVATION N° 31. -

BER..... Dominique, ♂ - 11 ans - est hospitalisé le 2 mars 1958 pour une méningite.

Histoire de la maladie.

Le 21 février, une angine érythémateuse fébrile est traitée par Bismuth et aspirine.

Le 1er mars, il se plaint de céphalées, asthénie, douleurs de la nuque et du rachis dorsal. Sa température atteint 38°.

Dans la nuit, les douleurs du rachis deviennent très intenses, accompagnées de myalgies des cuisses, des épaules, des avant-bras et des mains. L'enfant est très agité.

Il ne vomit pas, n'a pas de dysurie.

Examen à l'entrée :

38°7. On constate l'existence de douleurs intenses, spontanées et provoquées par l'élongation musculaire, le palper et la percussion des épineuses, du quadriceps et des muscles des épaules d'une raideur, d'un signe de Kernig. La forme musculaire est conservée, les reflexes ostéo-tendineux et cutanés sont normaux.

L'auscultation cardiaque perçoit au niveau du 4ème espace intercostal gauche au-dessus et en dedans de la pointe un souffle râpeux très limité et variable, tantôt systolique, tantôt systolo-diastolique

L'auscultation pulmonaire est normale.

La radiographie du thorax montre des images cardiaque et pulmonaire normales.

Le L.C.R. est clair, non hypertendu, mais contient :

200 cellules
albumine 1, 20 g.
chlorures 7, 05g.
sucres 0, 85g.

L'hémogramme :

5 100 000 GR.

10 600 GB.

P.N. 69 % - L. 9. - M. 11 - Plasm 1 -

La V.S. : 2 - 8 - 51 mm

Le traitement est institué :

pénicilline : 500 000 U. pendant 2 jours
 chloramphénicol 1 g.)
 tétrasulfamides 4 g.) pendant 1 semaine

Le 4 - 38°1 -

la raideur a diminué
 l'examen neurologique est normal

Le 8 - l'enfant est cliniquement guéri, le traitement arrêté.

Le 11 - quelques vésicules apparaissent au niveau des doigts. Le liquide contient de nombreux polynucléaires et des éléments altérés, pas de germes

L.C.R. - 47,2 lymphocytes
 Albumine 0,75 g.
 Chlorures 7,10 g.
 Sucres 0,54 g.

Hémogramme : 6 200 GB.
 P.N. 47 % - Eo 1 - L. 41 - M. 11

Le culot urinaire est normal

Le 15 mars l'enfant sort

Le 24 mars, le L.C. R. contient
 25, 6 éléments :
 P. 1 % - L. 96 % - cellules 3 % -
 Albumine 1,30 g.
 Chlorures 6,95 g.
 sucres 0,40

Le 14 avril - 7,2 éléments
 Albumine 0,55 g.
 sucres 0,55
 chlorures 7,30g.

Epidémiologie.

L'interrogatoire retrouve une petite épidémie
 familiale :
 vers le 15 février, la mère a eu une laryngite
 aiguë
 le 17 février, la soeur a eu une angine banale

Le 2 mars, les parents se plaignent d'une douleur discrète de la nuque.

R. Sérologiques.

D. du C. pour l'O. P. L. - positive au 1/40ème
le 4 mars,

La D.C. pour A. P. C. - et grippe,

l'agglutination des Rickettsies pour la fièvre Q.
est négative .

L'examen met en évidence dans le prélèvement
de gorge du 4 mars, un virus polio I

EN RESUME : -

Méningite lymphocytaire avec dissociation
albumino-cytologique au 24ème jour.

OBSERVATION N° 32. -

LEM. Michel - 6 ans - est hospitalisé le
13 mai 1960 pour un syndrome méningé.

A l'entrée, l'enfant est apyrétique.

L'examen retrouve une raideur de la nuque/un
signe de Kernig et une raie méningée. Le reste de l'examen,
neurologique et général est normal.

Les F.O. sont normaux

Le liquide céphalo-rachidien est clair, contenant
88 éléments dont : polynucléaires 1 %

lympho 76 %

cellules 23 %

Albumine 0,15 g 0/00

chlorures 7,30 g.

sucres 0,70 g

la culture y est négative

Hémogramme : 4 480 000 GR.

6 000 GB.

P.N. 73 % - Eo 2 - B.1 -

L. 14 - Monocytes 9 - Plasmo 1

Urines : présence de sucre, qui ne sera pas retrouvé ultérieurement. Pas d'albumine.

Corps cétoniques +

Glycémie 1,20 g

Prélèvement de gorge : B. diphtérique.

Cuti-réaction et timbre à la tuberculine sont négatifs.

Traitement :

Erythromycine 2,20 g/jour du 16 au 21 mai.

Pendant une semaine, la température oscille entre 37° et 37°6

La P.L. pratiquée le 21 mai est traumatique.

En effet, le L.C.R. contient 4 750 hématies.

Par ailleurs, il contient 29 éléments :

P. 14 % - L. 82 % - Cellules 4 %

Chimie normale

Le 25 mai : 1500 hématies

24 éléments, même formule

Le 31 mai, l'enfant sort guéri.

Etiologie.

Amylasémie 80 U. le 16
 145 U. le 21

F. du C. Oreillons $\angle 1/5$ le 16
 1/5 le 21
 $\angle 1/5$ le 30

R. de Hirst Oreillons négative

Séroneutralisation Polio I + 1/640
 II + 1/20
 III + 1/1280

Aucun virus n'est isolé des selles ni du sang

F. du C. - O.P.L. - positive - (au 1/20ème le 16 mai
(au 1/40ème le 23

EN RESUME : Méningite lymphocytaire.

OBSERVATION N° 33. -

DE CER..... Jacques - 12 ans - est admis : le 31 mai 1958, pour un syndrome méningé. Depuis 4 jours il se plaint de nausées et de vertiges.

A l'entrée dans le service, il est apyrétique. Mais l'examen retrouve une raideur de la nuque légèrement douloureuse, un signe de Kernig et une constipation. Les réflexes sont normaux. Le reste de l'examen hématologique est normal. Les F.O. sont normaux.

Cuti-réaction, intra-dermo, R. et timbre à la tuberculine sont négatifs.

Le L.C.R. est normal :

0,4 éléments :
culture négative
albumine 0,15 g
chlorures 7 g
sucres 0,40 g

La radiographie du crâne est normale.

Il est repris par ses parents le 4 juin. Le 17 juin, électrophrèse et fibrine sont normales. Le culot urinaire contient d'assez nombreuses cellules épithéliales. V.S. : 5 - 14 - 88 mm. Les radiographies du rachis sont normales. L'E.E.G. est normal.

L'hémogramme :

3 800 GB - P.N. 35 % - Eo 4 - B. 3 -
L. 49 - Mono 10

R. Sérologiques.

F. du C. - O.P.L. - positive au 1/40ème le 21 juin

R. de Paul et Bunnell négative les 31 mai et 21 juin

Epidémiologie.

l'enfant avait campé quelques jours avant le début.

EN RESUME : syndrome méningé clinique pur sans altération du L.C.R.

OBSERVATION N° 34. -

BRO..... Michel - 11 ans 1/2 - est admis le 21 décembre 1958, pour une fièvre à 40°, des céphalées, nausées, vomissements et une dysphagie.

L'examen à l'entrée note :

38°5 - pouls à 120.

La gorge est rouge avec quelques ganglions sous-maxillaires et axillaires peu sensibles. Le reste de l'examen est normal.

Traitement. -

pénicilline : 1 million
vitamine C 300 mg

Le lendemain, l'enfant est apyrétique et les signes fonctionnels ont disparu. La cuti-réaction et le timbre à la tuberculine sont négatifs.

L'hémogramme montre :

4 800 000 GR.

6 500 GB.

P. N. 77 % - L. 15 - Mono 8

La recherche d'urobiline dans l'urine est faiblement positive. Dans le prélèvement de gorge on trouve un streptocoque hémolytique.

Le 23 décembre, la fièvre remonte à 37°7, où elle se maintient jusqu'au lendemain. La mère reprend alors son enfant contre avis médical.

R. Sérologiques

D. du C. - O. P. L. - positive au 1/40ème le
22 décembre.

- A. P. C. - négative

Epidémiologie.

Le frère avait été en contact avec une scarlatine

EN RESUME :

Etat grippal avec pharyngite.
Streptocoque hémolytique dans la gorge.

OBSERVATION N°35. -

DUB... Serge - 5 ans - est envoyé dans le service le 1er décembre 1957 pour une conjonctivite purulente avec inflammation importante des paupières à droite.

L'enfant est apyrétique. La gorge est rouge, avec des micro-pus dans le cavum et des micropolyadénopathies cervicales, axillaires et inguinales.

Traitement.

Erythromycine 0,60 g
collyre au chloramphénicol

Le 2 décembre, la température monte à 38°5 et le 3, elle atteint 40°, sans nouveau signe, en particulier pas de signe pulmonaire. La conjonctivite purulente persiste.

L'examen O. R. L. est négatif.

hémogramme :

4 850 000 GR.

17 000 GB.

P.N. 78 - E. 1 - L. 13 - Mono 4

Plasmo 3. - Moyens mononucléaires 1

Le prélèvement de gorge met en évidence :
des staphylocoques et des m. catarrhalis.

Le prélèvement oculaire montre :

- de très rares polys altérés
- de très rares bacilles Gram + à l'examen direct,
- la culture est négative

Le 6 décembre, l'enfant est apyrétique, la conjonctivite est guérie. La gorge est encore un peu rouge.

Le 8 - le traitement est arrêté et le 13, l'enfant sort guéri.

R. Sérologiques

La fixation du complément avec l'Antigène O. P. L. est positive au 1/80ème le 4 décembre.

La déviation du complément A. P. C. est négative à cette date.

EN RESUME : conjonctivite purulente avec micropolyadénopathies et O. P. L. positive au 1/80ème

ETUDE ANALYTIQUE CLINIQUE

Nous analyserons ensemble les observations d'ornithose certaines et probables. En effet, sur le plan clinique, rien ne permet de les distinguer.

28 cas sur 35 réalisent des syndromes avec pneumopathie. 7 cas sont des formes extra-pulmonaires.

Nous analyserons dans chacun de ces groupes les signes révélés par l'examen, puis nous décrirons les différents tableaux réalisés.

A) SYNDROMES AVEC PNEUMOPATHIE

1) Symptômes respiratoires observés

Ils sont réunis dans le tableau n° 1.

- Le signe le plus fréquent a été la toux, tantôt sèche, quinteuse, voire émétisante, tantôt grasse, ramenant deux fois une expectoration. Elle existait dans toutes nos observations.

- La dyspnée.

Trois fois seulement, le malade manifestait une dyspnée. Il s'agissait d'enfants jeunes : 13 mois, 18 mois et 3 ans et demi. Mais dans aucun cas, le tableau clinique n'a été dramatique.

- Les signes physiques pulmonaires.

Divers signes physiques ont été observés isolés ou associés entre eux (7 fois). La symptomatologie aussi bien clinique que radiologique a été bilatérale dans 15 cas.

Les signes pulmonaires les plus fréquents ont été les râles de différents types, parfois associés chez le même malade. En effet, 16 fois on a observé des râles bulleux, sous-crépitants, ronflants, sibilants ou même crépitants.

Sept fois, a été notée une submatité, 4 fois une rudesse du murmure vésiculaire.

Une fois, la thoracocentèse a ramené quelques gouttes de liquide pleural.

- Les signes radiologiques.

Des images radiologiques anormales ont été observées dans 21 observations.

Le plus souvent, il s'agissait d'une accentuation de la trame ou des images broncho-vasculaires (13 fois), ou d'opacités systématisées (13 fois). Enfin, 3 fois il s'agissait d'opacités nuageuses pommelées et une fois d'une ligne scissurale. 7 fois, ces images étaient associées entre elles. 10 fois elles étaient bilatérales.

- La bronchoscopie a été pratiquée 3 fois.

Dans un cas, elle s'est avérée normale. Les deux autres fois, elle a montré :

- . Dans l'observation 16, un élargissement de l'éperon de la bronche du lobe supérieur droit.
- . Dans l'observation 26, une rougeur diffuse de la muqueuse bronchique.

- La bronchographie lipiodolée pratiquée dans ce dernier cas a été normale.

2) Signes associés aux signes respiratoires

Ceux-ci sont réunis dans le tableau n° 2. Nous allons les énumérer par ordre de fréquence décroissante.

a) Signes généraux

- La fièvre a été retrouvée dans 24 des 28 pneumopathies.

Dans les 4 observations où elle manquait (13, 14, 20 et 28), la maladie n'a été diagnostiquée qu'après une évolution assez longue et la température n'avait pas été prise pendant la période aigüe.

Son taux maximum se situe le plus souvent entre 39° et 40°. Généralement, elle a duré moins d'une semaine. Mais dans 4 observations, elle a atteint ou dépassé un mois.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

Observations n°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Température	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		
Céphalées										x																		
Courbatures									x	x																		
Sueurs nocturnes									x																			
Adénopathies																												
Splénomégalie	x	x		x		x	x	x			x				x	x	x						x		x			
Hépatomégalie	x																							x				
Rhinopharyngite																												
Angine			x	x	x	x	x			x					x			x		x								
Otite		x	x																		x							
Sinusite	x					x																						
Conjonctivite										x			x															
Eruption																												
S. digestifs				x	x	x		x		x																	x	
Muguet				x		x																						
S. urinaires				x		x		x										x	x		x	x					x	
Péricardite										x																		
Douleurs articulaires										x																		
Raideur méningée																					x							

TABLEAU N° 2 : Signes associés aux pneumopathies

les st de t

- L'altération de l'état général est assez fréquente (13 observations). Mais elle a toujours été modérée et son caractère très subjectif peut la faire discuter.

b) Les atteintes muqueuses

Elles ont été observées 18 fois, soit isolées (9 fois), soit associées entre elles; le plus souvent, il s'agissait d'une rhino-pharyngite (12 fois).

Il a été observé également :

- . 5 otites
- . 2 angines érythémato-pultacées
- . 2 conjonctivites
- . une sinusite.

c) Des adénopathies ont été observées 11 fois, 5 fois associées à une rhino-pharyngite et 3 fois à une splénomégalie.

d) Les signes urinaires

7 fois, un syndrome urinaire a été observé.

- Dans l'observation 6 c'était une oligurie modérée, de 200 à 400 cc/24 heures, et isolée. Mais elle est indiscutable, étant apparue au décours de l'hospitalisation, la diurèse ayant diminué brusquement du jour au lendemain.

- L'albuminurie fut observée 4 fois, s'élevant à 4,25 g°/°° dans l'observation 4, beaucoup moins importante, mais franchement pathologique dans les autres observations (0,20 g°/°°). Elle disparut toujours à la convalescence.

- Des altérations du culot urinaire furent notées 5 fois. Il s'agissait de nombreuses cellules épithéliales (5 fois), d'une hématurie microscopique (4 fois), d'une pyurie (2 fois).

Dans 4 observations, elles étaient associées à l'albuminurie. Dans l'observation 4, elles étaient associées à une mycose généralisée (urinaire, fécale et buccale).

e) Des signes digestifs (vomissements, diarrhée,) ont été observés 5 fois.

f) Une splénomégalie a été notée 3 fois, toujours associée à des adénopathies.

g) Muguet : Il a été observé chez 2 enfants, âgés respective-

ment de 13 mois (observation 4) et de 4 ans (observation 6). Dans le 1er cas, il s'agissait, nous l'avons vu, d'un muguet buccal, fécal et urinaire; dans le 2è, il était uniquement buccal. Ce muguet existait à l'entrée des malades dans le service. Il ne peut donc être attribué au traitement institué.

h) Autres signes associés

- Dans l'observation 10, aux signes pulmonaires étaient associés une péricardite et des douleurs articulaires. Ces signes étaient au 1er plan et avaient fait errer le diagnostic.

- Dans l'observation 21, a été observée une raideur méningée, lors d'un examen, accompagnée d'hyperesthésie cutanée, mais sans autre signe méningé.

- Dans l'observation 27, une éruption érythémateuse est apparue 10 jours après l'épisode bronchitique initial.

- Enfin, la Cuti-R - à la tuberculine s'est négativée dans l'observation 12 pour redevenir positive ensuite.

B) SYNDROMES EXTRA-PULMONAIRES (Observations 29 à 35).

1) Signes méningés

- Dans les observations 31 et 32, il s'agissait d'une méningite lymphocytaire à liquide clair.

La réaction cellulaire y est modérée (200 éléments dans l'observation 31, 88 dans l'observation 32). La lymphocytose est de 80 % environ.

L'albuminorachie n'a pas dépassé 1,30 g. On a observé une dissociation albumino-cytologique au 24è jour dans l'observation 31. A cette date, en effet, l'albumine était à 1,30 g pour 25 cellules. De telles dissociations ont été rapportées par Giroud et Thevenard (49) et par Warembourg et Niquet (95) dans l'ornithose.

Par contre, on note une hyperglycorachie à 0,85 g et 0,70 g à la 1ère ponction lombaire.

- Dans l'observation 29, il a été observé un syndrome méningé clinique avec fièvre à 39°, courbatures, raideur de la nuque et signe de Kernig. Ce syndrome accompagnait une pharyngite. Mais le liquide céphalo-rachidien était normal.

2) Ictère

Dans l'observation 30, il a été observé un ictère cutanéomuqueux généralisé peu intense, qui disparut en quelques jours sans séquelles. Il s'y associait une cholurie et cholalurie, sans décoloration des matières.

La fonction hépatique était discrètement altérée :

- le rapport $\frac{\text{Cholestérol total}}{\text{estérifié}}$ égalait 0,5.
- et le complexe prothrombique était légèrement perturbé.

3) Conjonctivite

Dans l'observation 35, elle a motivé l'hospitalisation. L'examen du prélèvement oculaire a montré qu'il existait des bacilles Gram + mais de très rares polynucléaires altérés.

4) Les symptômes associés sont rapportés dans le tableau n° 3.

- La fièvre fut constante.
- Les adénopathies furent fréquentes (4 fois sur 7).
- Une splénomégalie existait dans l'obs. 29.
- Les atteintes muqueuses furent observées 6 fois :
 - . pharyngite ou rhino-pharyngite (4 fois).
 - . stomatite (1 fois).
 - . signes digestifs (diarrhée ou vomissements).
- Eruptions.

Dans les observations 29 et 31 a été observée une éruption vésiculeuse. Dans l'observation 29, elle évolua en 3 poussées à 1 à 5 jours d'intervalle. Au niveau des doigts, elle réalisa des tournioles.

Une seule poussée eut lieu dans l'observation 31. L'examen du liquide montra l'absence de germes et, dans l'observation 31, la présence de nombreux polynucléaires et d'éléments altérés.

- Signes urinaires.

Dans l'observation 29 a été observée une oligurie modérée, à 500 cc/24 heures chez un enfant de 12 ans et demi, avec albuminurie à 0,20 g°/∞, de nombreuses hématies et de nombreuses cellules épithéliales.

Dans l'observation 33, furent notées d'assez nombreuses cellules épithéliales. Les signes régressèrent en quelques jours.

Enfin, dans l'observation 29, l'enfant s'est plaint de douleurs articulaires et dans l'observation 31, l'auscultation perçut un souffle systolo-diastolique.

Ces différents tableaux ont été observés après l'âge de 5 ans et cinq d'entre eux après 11 ans.

Observations	29	30	31	32	33	34	35
Fièvre	x	x	x	x	x	x	x
Céphalées					x		
Courbatures	x						
Adénopathies	x		x			x	x
Splénomégalie	x						
Rhinopharyngite	x		x			x	x
Stomatite	x						
Eruptions	x		x				
S. digestifs	x	x			x	x	
Ictère		x					
S. urinaires	x				x		
Méningite			x	x			
S. méningés cliniques					x		
Douleurs articulaires	x						
Souffle cardiaque			x				

TABLEAU N° 3 : Manifestations extra-pulmonaires

FORMES CLINIQUES.

A) FORMES PULMONAIRES

Ce sont les plus fréquentes (28 observations sur 35). Nous avons classé dans ce chapitre aussi bien les formes dans lesquelles la pneumopathie était au 1er plan que celles où les signes associés dominaient le tableau clinique.

1 - Formes à type de pneumopathie aiguë

18 fois, il s'agissait d'une pneumopathie aiguë, ayant guéri en une semaine environ. Le tableau était celui des pneumonies dites atypiques sans préjuger de leur étiologie, avec fièvre, altération de l'état général, toux, signes diffus à l'examen thoracique, avec submatité et parfois un foyer de râles bilatéraux de type bronchique.

Dans la plupart des cas, la radiographie a mis en évidence une accentuation de la trame pulmonaire fréquemment associée à des opacités systématisées. Mais 7 fois, aucun signe radiologique anormal n'a été observé. La symptomatologie était bilatérale dans 15 observations.

Une réaction pleurale a été observée dans un cas.

Le tableau clinique n'a jamais revêtu une allure suraiguë.

2 - Pneumopathies traînantes

Elles ont été observées 8 fois. Leurs signes ne sont pas différents de ceux des formes aiguës, mais ils ont duré plus longtemps, en moyenne 1 mois 1/2, de 26 jours (observation n° 3) à 65 jours (observation n° 24).

3 - Forme bronchorrhéique (observation n° 26)

Dans cette observation, l'ornithose s'est manifestée par de la toux qui a duré plusieurs mois et une expectoration. La bronchoscopie mit en évidence une rougeur diffuse de l'arbre bronchique. Mais la bronchographie lipiodolée fut normale et tout rentra dans l'ordre au bout de six mois d'évolution grâce aux cures déclives et aux antibiotiques. Cette observation corrobore les dires de Breton (16) qui ne rapporte pas de véritable dilatation des bronches, mais une endobronchite segmentaire de longue durée. La biopsie bronchique montra une congestion sous-muqueuse avec infiltrats d'éléments mononucléés. Le transit lipiodolé avait été normal. Debré avait trouvé également en 1954 (21) un état inflammatoire de la muqueuse bronchique.

4 - Forme à type de bronchite segmentaire (observation n° 18)

L'évolution dura plus de trois mois. Elle débuta par un épisode fébrile avec asthénie et toux surtout nocturne. Deux mois et demi après le début, l'enfant n'ayant jamais été traité, l'examen perçoit des ronchus disséminés dans les deux champs pulmonaires. La radiographie montra une opacité du segment inférieur du lobe supérieur droit qui persista trois mois et disparut sans séquelles. La bronchoscopie montra un élargissement de l'éperon de la bronche lobaire supérieure droite.

De telles formes ont été décrites par Breton (24) Debré (21), Gernez-Rieux (33).

5 - Forme à type de toux spasmodique pseudo-coquelucheuse (observation n° 2)

Dans cette forme, la toux rauque, quinteuse, avait fait évoquer le diagnostic de coqueluche. Mais le début brusque, la fièvre hectique et la sédation en moins d'une semaine, firent récuser le diagnostic. Une telle toux a été décrite par les différents auteurs (Breton : 15; Gernez-Rieux : 32).

6 - Formes purement radiologiques

Dans trois observations, c'est seulement un examen radiologique qui a permis de découvrir la pneumopathie.

Il s'agissait d'une radioscopie systématique ou pratiquée au cours d'un examen général, l'enfant étant amené pour des phénomènes qui n'évoquaient pas, de prime abord, une pneumopathie, mais une otite dans l'observation 4 et de la fièvre dans l'observation 6 où la symptomatologie fut purement radiologique.

7 - Formes simulant une tuberculose

Les auteurs précédemment cités, et Boucher (12), insistent sur leur fréquence. Pour notre part, deux observations seulement ont pu initialement orienter vers une infection tuberculeuse, l'une à type de tuberculose initiale, l'autre à type d'infiltrat tertiaire.

L'observation 15 concerne un enfant chez qui coexistaient une cuti-réaction récemment positive et une image radiologique anormale. Celle-ci réalisait une opacité paracardique gauche à limites irrégulières, non homogène, plus dense à la périphérie, avec des images plus claires en son centre et une accentuation bilatérale des images broncho-vasculaires.

L'observation 25 concerne une opacité segmentaire survenant chez un enfant dont la tuberculisation était connue depuis plusieurs années (virage des réactions tuberculiniques et calcifications). La radiographie montrait une opacité du segment externe du lobe inférieur gauche. L'auscultation percevait quelques râles petits, fins, inspiratoires et expiratoires.

L'absence de B.K. au tubage gastrique et la disparition de l'opacité pathologique en une semaine, en l'absence de tout traitement permirent de rejeter la tuberculose et le R. de F. du C. pour l'O.P.L. de rattacher ces syndromes à leur véritable étiologie.

8 - Formes associées

Dans toutes les observations, sauf trois, les signes respiratoires étaient associés à d'autres symptômes :

- presque constamment des signes O.R.L. : otites, rhinopharyngites, angines ou sinusite.
- parfois une conjonctivite.

Plus rarement, on observa :

- des signes digestifs
- une splénomégalie

- une candidose
- un syndrome méningé
- une éruption érythémateuse desquamant, secondairement, comme Breton et Giroud en ont décrit.

9 - Forme à type de mononucléose infectieuse (observation 7)

Le tableau de mononucléose infectieuse était au premier plan, avec ses adénopathies, sa splénomégalie et les modifications caractéristiques de l'hémogramme. Seuls, quelques râles bronchiques, la négativité de la R. de Paul et Bunnell et la positivité des R. O.P.L. permirent de la rattacher à sa cause véritable. Des observations ont été rapportées, de syndrômes mononucléosiques, d'étiologies diverses et en particulier Rose (83) en a attribué aux rickettsies qui sont, nous l'avons vu, bien proches du virus ornithosique.

10 - Formes avec signes urinaires (observations 4, 6, 8, 18, 19, 21, 22 et 27).

Ceux-ci étaient au 2ème plan, sauf dans l'observation 21. Ils disparurent à la convalescence de l'enfant sans laisser de traces. Des faits analogues ont été rapportés par Giroud (46) en 1955, Breton (24) en 1961 et K.F. Meyer.

11 - Formes avec adénopathies

Elles sont particulièrement fréquentes (11 observations). Parmi celles-ci, trois rapportent une splénomégalie associée. Les adénopathies n'évoluèrent jamais vers le ramollissement ou la suppuration. C'était surtout des adénopathies cervicales, même en l'absence de signes rhino-pharyngés. Mais il s'est agi également d'adénopathies axillaires et inguinales.

12 - Forme pseudo-rhumatismale

Une péricardite, un souffle systolique et des arthralgies étaient au premier plan dans l'observation 10. Ces dernières disparurent en 48 h. Mais la péricardite régresa très lentement : au bout de cinq mois, l'E.C.G. montrait encore des ondes T aplaties. Le seul signe qui attira l'attention vers l'appareil respiratoire est une toux et une rudesse du murmure vésiculaire. L'étiologie virale fut évoquée devant le cliché pulmonaire et l'E.C.G. De telles formes furent rapportées par Giroud (39).

B) FORMES EXTRA-PULMONAIRES.

Elles représentent 20 % des cas (7 observations sur 35).

1 - Formes méningées

Ce sont les plus fréquentes des formes extra-pulmonaires.

Dans les observations 31 et 32, il s'agissait d'une méningite lymphocytaire. De nombreux cas analogues ont été rapportés dans la littérature : Giroud (40), Meyer et Eddie (73), Domart (25), Gernez-Rieux (32) rapportent des méningites lymphocytaires ornithosiques ou psittacosiques. Gernez-Rieux rapporta également des ornithoses à forme typhoïde avec syndrome méningé.

2 - Forme septicémique

L'observation 29 réalise un syndrome septicémique avec signes méningés, splénomégalie, adénopathies, signes urinaires, exanthème et érythème vésiculeux, analogue aux tableaux décrits par Gernez-Rieux (32), Fallet (28) et qui peuvent constituer une forme de passage avec la psittacose.

3 - Forme ictérique

L'observation n° 30 rapporte un ictère de type catarrhal. La phase prodromique avait duré quinze jours; ce laps de temps peut expliquer la précocité de la positivité de la R. de D. du Ct. Gernez-Rieux (32), Breton (16), Giroud (43, 46) rapportent des ictères ornithosiques. Une hépatite fut même mortelle chez une jeune Africaine du centre extra-coutumier de Bukavu.

4 - Forme grippale pure

L'observation 34 réalise un tableau grippal avec pharyngite et adénopathies sous-angulo-maxillaires et axillaires. Breton (15) souligne la fréquence des formes grippales pures, qui ne sont pas diagnostiquées le plus souvent car elles n'entraînent pas l'hospitalisation du malade. Ces faits sont affirmés également par Gernez-Rieux (32).

5 - Conjonctivite purulente (observation 35)

Elle était associée à une rhino-pharyngite et des adénopathies diffuses. Il s'agissait vraisemblablement d'une

surinfection : il existait une hyperleucocytose sanguine à 17.000 avec une polynucléose neutrophile à 78 %. Lépine a rapporté des cas de conjonctivites ornithosiques chroniques folliculaires, séreuses, mais aussi muco-purulentes (68).

C) FORMES SELON L'AGE

La courbe n° 4 montre qu'il existe un maximum de cas entre 1 et 4 ans : 9 cas sur 15, dont 6 avant deux ans. Cette répartition va à l'encontre des cas rapportés par Breton en 1960 (15). Sur 28 observations un seul enfant avait moins de deux ans (16 mois). Deux avaient de 3 à 5 ans, huit de 5 à 10 et dix-sept de 10 à 14 ans. Paccaud (77) insistait en 1959 sur la plus grande fréquence de 10 à 19 ans. Le jeune âge ne semble pas un facteur de gravité et nous n'avons pas observé de broncho-pneumopathie aiguë dyspnéisante chromatique, au contraire de Berman qui rapporta deux cas mortels sur neuf chez des nourrissons. Nous avons vu que les formes extra-pulmonaires s'observaient surtout après 11 ans et jamais avant 5 ans.

D) FORMES SELON LE SEXE

Douze observations seulement, soit 35 % concernant des filles. Au contraire, Lippelt (65) rapportait en 1955 un pourcentage de 66 % chez celles-ci. Mais ces deux chiffres sont peut-être moins contradictoires qu'on pourrait le penser. Les jeunes garçons, de par la nature de leurs jeux, sont davantage au contact du milieu extérieur et s'infectent tôt. Au contraire, les filles ne contractant pas la maladie ne s'immunisent pas dans leur jeune âge et pourront la contracter à l'âge adulte.

E) FORMES SELON LA SAISON

La courbe n° 5 montre une prédominance hiverno-vernale avec deux maxima :

- l'un de décembre à février
- l'autre en mai-juin.

Aucun cas n'a été observé de septembre à décembre.

Au Congrès de Genève (24), Paccaud soulignait le 2ème clocher. Gernez-Rieux (32) et Breton (15) signalaient la prédominance hiverno-vernale.

Nombre de cas

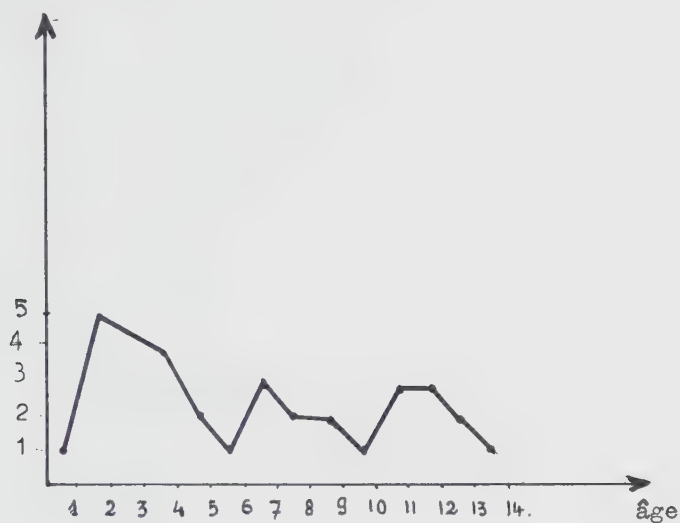


Tableau n° 4

NOMBRE DE CAS EN FONCTION DE L'AGE

Nombre de cas

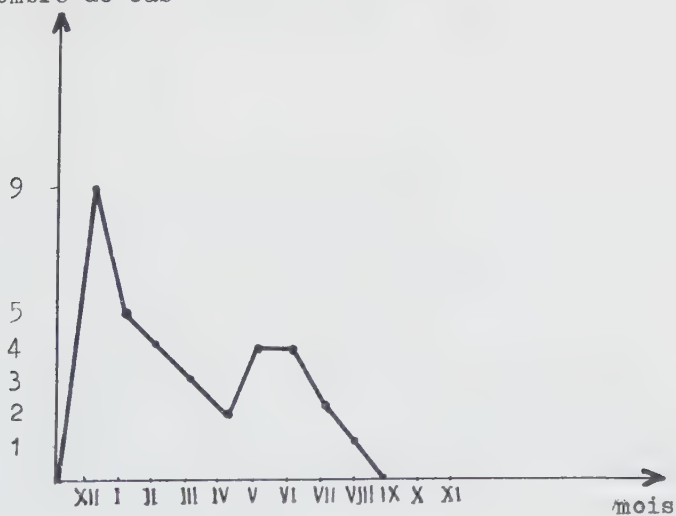


Tableau n° 5

NOMBRE DE CAS SELON LE MOIS

BIOLOGIE

1) HEMOGRAMME

A - Série rouge

Il n'a jamais été constaté d'anémie.

B - Série blanche

a) La leucocytose.

Le tableau n° 6 montre sa répartition selon une courbe de Gauss de part et d'autre de la normale, mais s'étendant davantage dans la zone de l'hyperleucocytose que dans celle de la leucopénie.

Cependant, étant donné le jeune âge des malades seules les leucocytoses supérieures à 12.000 peuvent être attribuées à la maladie. On sait que chez l'enfant, la leucocytose peut varier de 6 à 12.000 sans qu'il s'agisse là de variations pathologiques.

b) La formule sanguine.

- La courbe n° 7 représente la répartition de la lymphocytose. Six malades seulement ont un taux normal (entre 30 et 40 %, et parmi eux se trouvent un enfant de 18 mois et un de 20 mois. Pour ces derniers, on peut donc parler non d'une lymphocytose normale, mais d'une lymphopénie.

27 malades ont une lymphocytose supérieure à 40 %. Ils se répartissent entre les diverses tranches d'âge.

- Huit enfants ont une mononucléose égale ou supérieure à 10 %. Dans l'observation 7 est réalisé, nous l'avons vu, un tableau de mononucléose infectieuse avec 20 % de mononucléaires atypiques, 58 % de lymphocytes et 5 % de monocytes, répartis sur 27.600 globules blancs.

- Quatre cas se sont accompagnés d'une hyperleucocytose supérieure à 12.000, avec polynucléose absolue et relative. Deux fois, elle peut être expliquée par la surinfection : otite dans l'observation n° 8, conjonctivite dans l'observation n° 34.

- Une éosinophilie a été observée dans 7 observations (observations 2, 7, 16, 20, 27, 28 et 29). Deux fois, des parasites ont été trouvés dans les selles. Breton rapporta en 1958 (16) une observation d'ornithose avec poussée d'éosinophilie sanguine à 10 % au 10ème jour, persistant encore à 77 % au 2ème mois et se normalisant un mois plus tard. Fallet (28) en 1951 en rapportait également un cas, avec 16 % d'éosinophiles.

- Evolution de la formule sanguine.

L'hyperlymphocytose se voit à des dates variables, mais le plus souvent elle apparaît secondairement et peut rester élevée assez longtemps : 54 % au 40ème jour dans l'observation 4, 40 % au 5ème mois dans l'observation 26.

Cette évolution est celle que l'on décrit dans toutes les pneumopathies virales (Jakovlga : 24). Mais elle est loin d'être constante et tous les types de formule sanguine ont été observés chez nos malades.

Comme l'a fait remarquer Breton (24) à propos des pneumopathies virales, il n'y a aucune corrélation entre le type clinique, radiologique et l'hématologie. Les différents types d'hémogramme se retrouvent aussi bien dans les ornithoses certaines, que dans celles qui sont seulement probables.

2) VITESSE DE SEDIMENTATION

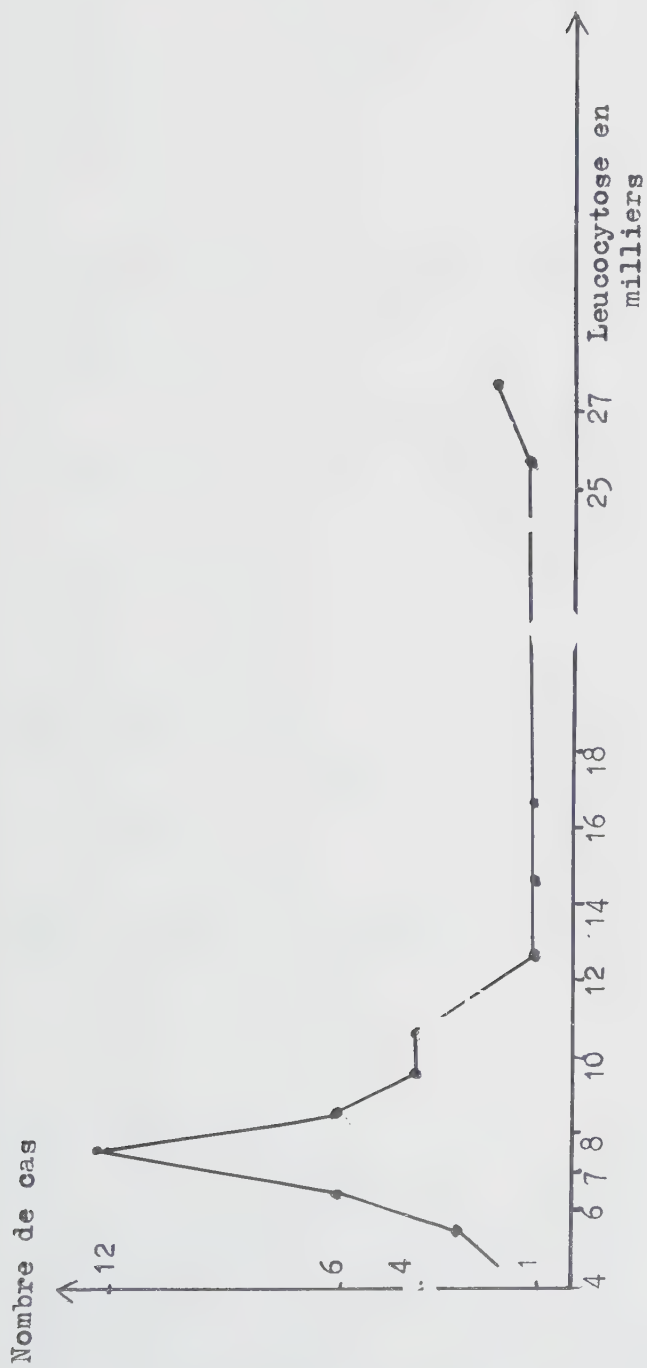
Elle a été étudiée dans 13 observations.

Deux fois (observations 12 et 31), elle a été normale (respectivement aux 10è et 3è jour de la maladie).

Dans les autres observations, elle était accélérée à des taux modérés, sauf dans les observations 7 et 15, où elle atteignit à la 1ère heure respectivement 32 mm. au 6è jour et 96 mm. à la 3è semaine.

Elle redevint normale à des dates variables :

- au 10è jour, dans l'observation 10.
- au 63è jour, dans l'observation 25.



Courbe n° 6

Répartition de la leucocytose

3) LES AUTRES EXAMENS DE LABORATOIRE, EN-DEHORS DES REACTIONS PATHOGNOMONIQUES

- Les Agglutinines finales, ne furent recherchées qu'une fois, sans succès (observation 15).

- La réaction de Bordet-Wassermann ne fut jamais pratiquée.

- Le dosage des protides fut normal les trois fois où il fut pratiqué.

- L'électrophorèse, pratiquée deux fois (observations 3 et 10) montra une augmentation des α_2 et des γ globulines.

- L'indice d'haptoglobine fut normal une fois (observation 15).

- Le dosage de Fibrine fut normal dans les observations 3, 10 et 18. Mais dans l'observation 11, elle atteignit 10 g/l.

- Le dosage des antistreptolysines fut normal dans les observations 3, 10, 18 et 27. Mais elles montèrent à 640 unités le 2^e jour dans l'observation 29, pour redescendre à 100 unités au 14^e jour.

- Le streptocoque hémolytique fut recherché sans succès dans l'observation 29. L'hémoculture s'avéra négative dans les observations 4, 21 et 29.

- La recherche de bacilles de Koch dans le liquide de tubage gastrique fut toujours négative (observations 12, 15 et 25).

- Enfin, nous avons envisagé les perturbations du culot urinaire et du L.C.R., à l'analyse des signes cliniques ou des formes cliniques.

DIAGNOSTIC POSITIF

A) En principe, le diagnostic ne pourrait être affirmé que devant l'isolement du germe associé à la réaction de déviation du complément positive.

1) ISOLEMENT DU GERME

Il peut se faire par inoculation à la souris ou dans le sac vitellin de l'oeuf embryonné, de l'expectoration ou du sang du sujet suspect.

L'inoculation à la souris se heurte à de nombreuses difficultés pratiques. Sur le plan technique, elle nécessite une inoculation sous-cutanée, intra-musculaire, intra-péritonéale, intra-nasale et intra-cérébrale à la souris blanche, suivie de passages successifs avec les broyats de rate, foie et cerveau prélevés sur les cadavres et broyés au mortier. Il s'agit donc d'un travail très long et que l'on peut difficilement demander au laboratoire alors que le tableau clinique est rarement assez évocateur.

Par ailleurs, les tentatives d'isolement se sont fréquemment soldées par un échec. Gousset (51) en 1954 a tenté d'isoler le virus ornithosique de l'expectoration de sujets atteints de pneumopathies qui se révélèrent dues à un virus du groupe O.P.L. par la réaction de D.C. Six tentatives ont été faites, toutes négatives. Par contre, Meyer et Eddie (73) rapportent trois cas diagnostiqués de cette façon.

L'isolement par inoculation dans le sac vitellin de l'oeuf embryonné, éliminant les infections spontanées des animaux et exposant moins le personnel de laboratoire, est généralement préféré à l'inoculation à la souris.

Le virus est identifié par examen du matériel prélevé après l'inoculation. La coloration de Machiavello permet de voir les amas de corps élémentaires intra et extra-cellulaires.

L'inoculation des animaux de laboratoire peut permettre de différencier O. et P. selon que l'on s'adresse au pigeon ou à la souris. Dans l'O., l'inoculation intra-cérébrale au pigeon donne presque toujours une méningite, fatale en 5 à 11 jours; chez la souris, seule l'inoculation intra-cérébrale et intra-nasale donne des résultats sensibles; presque tous les oiseaux sont réceptifs. Dans la P., au contraire, presque tous les pigeons sont réfractaires; chez la souris, seule l'inoculation intra-péritonéale donne un résultat.

2) REACTION DE DEVIATION DU COMPLEMENT (D.C.) POUR LE GROUPE ORNITHOSE-PSITTACOSE-LYMPHOGRANULOMATOSE VENERIENNE (O. P. L.).

Il est de beaucoup plus facile d'identifier le germe par la réaction de D. C. en prenant pour antigène une suspension du matériel virulent en présence du sérum de référence préparé par inoculations répétées, à la poule ou au cobaye d'une souche-type conservée au laboratoire.

Mais le virus de l'O. P. est très proche des virus responsables des autres maladies du groupe : la maladie de Nicolas-Favre, la méningo-pneumonite, la pneumonie de San-Francisco, la pneumonie de Louisiane, l'urétrite à inclusions et la conjonctivite à inclusions, enfin le trachome. Ces affections sont cliniquement différentes, sans aucune relation étiologique, mais leur communauté antigénique se traduit par une D.C. positive avec les mêmes antigènes

a) Technique

L'antigène provient d'oeufs de poule inoculés avec une souche de virus connue pour son pouvoir antigénique.

On prépare un antigène témoin à partir d'oeufs non inoculés provenant de la même espèce animale. On titre le pouvoir antigénique spécifique sur un sérum positif connu. On vérifie l'absence de D.C. en présence de sérums syphilitiques donnant une réaction de B.W. positive. On s'assure avec un sérum anti-oeuf que le complément est dévié également par un antigène témoin normal et par l'antigène spécifique.

La D.C. est pratiquée avec le sérum du sujet suspect d'ornithose, inactivé à 56 % pendant 1/2 heure.

b) Spécificité de la réaction

Nous avons vu que la réaction était positive pour toutes les maladies du groupe et même pour des affections dues à des virus dont la morphologie et la structure sont

très proches de celles des virus du groupe, mais dont l'appartenance au groupe n'est pas admise par tous les auteurs. Cependant, le clinicien permet de différencier ces affections de l'O.

Deux autres causes d'erreur sont facilement éliminées : la sensibilité du sérum de certains individus à certains constituants de l'oeuf normal, éliminée par l'emploi d'un antigène "normal" au cours de la réaction et les sérums de syphilitiques.

c) Taux exigés

Lépine (61) accepte comme positives les R. de DC positives à partir de la dilution de $1/10^*$. La plupart des auteurs exigent des taux de dilution plus grands : Peillard et Sohler (79) admettent $1/32^e$ comme très valable et Seibert (86) affirme le diagnostic si le R. de D. C. est positive à une dilution égale ou supérieure à $1/64^e$, le suspecte entre $1/16^e$ et $1/32^e$ et le refuse au-dessous de $1/16^e$. Breton (15) retient les cas s'accompagnant d'un taux supérieur ou égal à $1/20^e$, il retient même un cas + à $1/10^e$, en raison de la clinique et de l'épidémiologie. Il se contente de ce taux chez le nourrisson.

Gernez-Rieux (32) exige, lui, un taux égal ou supérieur au $1/40^e$.

Par contre, Seringe et Bach se contentent de $1/20^e$ et R. Bernard d'un taux supérieur à $1/16^e$.

En fait, il semble vraisemblable qu'un taux unique d'anticorps, quel que soit son niveau, ne présente aucun intérêt diagnostique. En effet, il est impossible d'extrapoler à partir d'un point sur une courbe complète et de définir le moment où l'infection a vraiment eu lieu. Pour que les R. de laboratoire puissent être interprétables, il faut que la maladie aiguë s'accompagne d'une ascension significative des anticorps fixant le complément.

d) Evolution des anticorps.

En effet, au cours et au décours de la maladie, les anticorps subissent une évolution que nous avons schématisée sur la courbe N°7.

Cette courbe est une moyenne des courbes d'anticorps d'observations rapportées par divers auteurs : Giroud (37) Peckels (78), Breton (15 et 16), Serbert (86), Ellenbogen (26) Sabin et Gernez-Rieux (32) et de nos propres observations.

Les anticorps apparaissent dès le 6-7ème jour (Paccaud 77) Seibert (86) rapporta en 1956 une série de cas qui montrent que la F. C. peut être positive avant le 10ème jour, mais le plus souvent à des taux faibles (moins de $1/16$), sauf pour 2 observations ($1/32^e$ au 8ème jour et $1/64^e$ au 9ème).

Ils augmentent ensuite au cours de la 2ème semaine et se négativent en un temps variable : ils peuvent rester à des taux relativement élevés durant des mois, mais parfois ils disparaissent en 2-3 semaines. Breton estime que la F. du C. se négative le plus souvent dans les 2 mois (15), mais Giroud admet que les anticorps peuvent persister, quoique peu élevés, plus de six mois.

Les observations rapportées par Gernez-Rieux (34) chez des sujets antérieurement bien portants se sont négativées en 1 à 4 mois (8 observations). Cependant, 2 réactions étaient encore fortement positives au bout de 4 mois et 2 au bout de 6 mois.

Albert et Benedict (6) ont étudié l'évolution des anticorps chez des dindes infectées expérimentalement. Au 108ème jour, leurs victimes n'avaient plus qu'un taux de 1/4, sauf deux d'entre elles qui avaient encore un taux de 1/64 et 1/128.

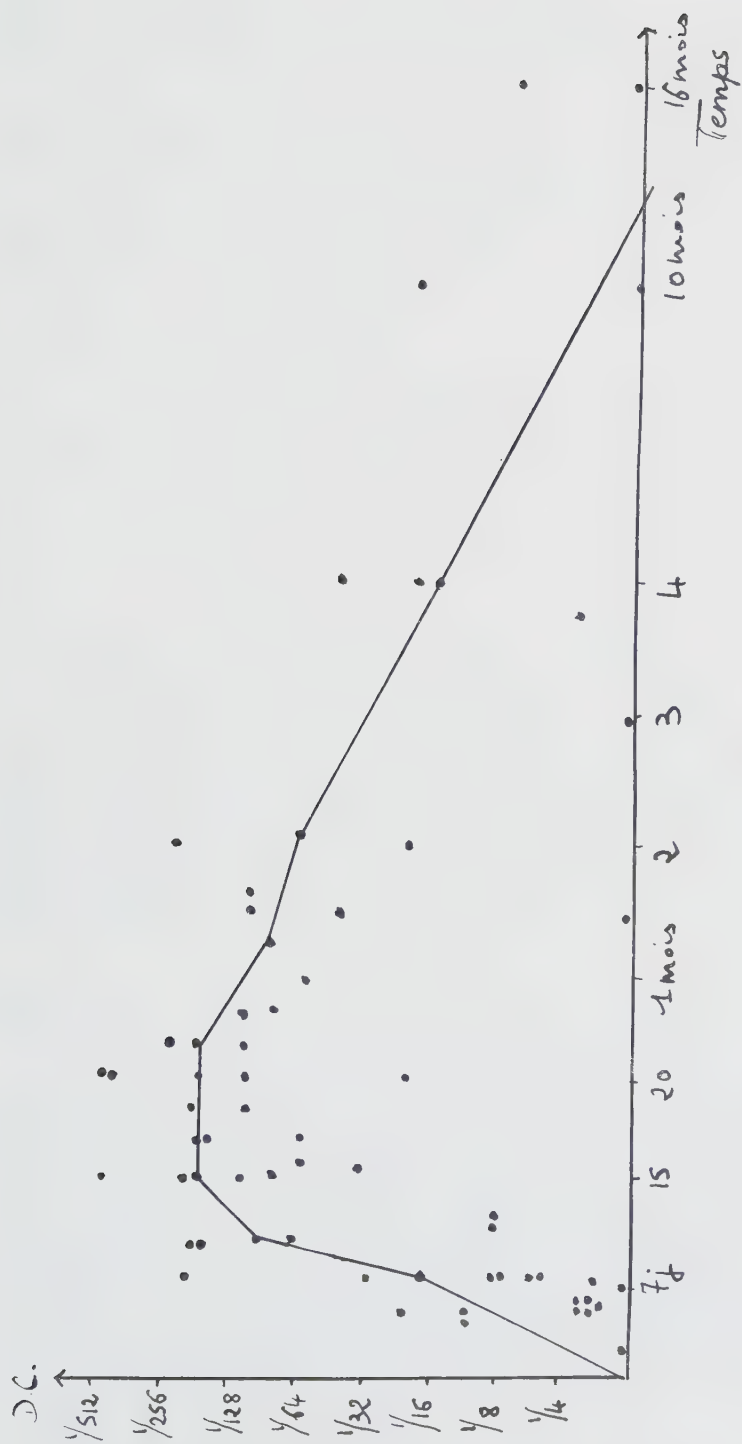
Les anticorps élaborés à l'occasion d'une infection antérieure peuvent subir une poussée lors d'une infection par un autre agent du groupe de l'ornithose-psittacose-lymphogranulomatose vénérienne ou par un autre virus possédant des fractions antigéniques communes (Paccaud : 77). Mais ces réactions anamnestiques ne persistent pas plus de 2 ou 3 semaines (Ward et Warren).

Les anticorps peuvent être également le témoin d'une ornithose survenue quelques mois auparavant.

Il faudra donc éliminer ces causes d'erreur pour affirmer l'ornithose de façon certaine. Pour cette raison, on exige que les R. de F. du C. pratiquées correspondent à la partie ascendante de la courbe n° 7. On doit donc pratiquer deux réactions successives, et on doit observer dans la 2ème un taux quadruple de la 1ère (Paccaud : 77, Ellenbogen : 26 et Müller). Pour obtenir un tel accroissement des anticorps, il faut donc faire le 1er prélèvement dès le début de la maladie, avant tout traitement, et le 2ème 15 jours environ après, les 2 réactions étant exécutées dans le même test.

Cependant, si le 1er dosage n'est pas fait suffisamment tôt, les 2 réactions peuvent correspondre à la partie de la courbe qui réalise un plateau. Un taux suffisamment élevé permet là encore d'affirmer le diagnostic d'ornithose.

Mais là où un seul dosage est pratiqué, il est difficile d'affirmer le diagnostic, car on ne sait à quel endroit



COURBE N° 7 : évolution des anticorps (moyenne)

de la courbe on se trouve. On ne peut prouver qu'il s'agit bien de l'infection actuelle et non d'une cicatrice ancienne ou d'une reviviscence.

Cependant, Peillard et Sohier (79) avaient publié en 1955 les résultats de dosages comparatifs faits chez 306 sujets supposés sains et chez 15 malades convalescents d'une pneumopathie de type viral ayant fait suspecter une ornithose. Parmi les 306 témoins, 292 avaient une R. de F. du C. O. P. L. négative. Chez 14 d'entre eux, elle était positive :

- 1 à 1/32
- 4 à 1/16
- 9 à 1/8.

Parmi les 15 malades, le titre maximum obtenu était :

- 1 + à 1/512
- 3 à 1/128
- 4 à 1/64
- 3 à 1/32
- 4 à 1/16.

73,2 % des sujets malades avaient donc un titre égal ou supérieur à 1/32 et 26,6 % un titre égal à 1/16, alors que 1,3 % seulement des sujets supposés sains avaient un titre égal ou inférieur à 1/32. Ils en concluaient que le 1/32 était la zone frontière et que ce taux était en faveur d'une ornithose "très vraisemblable", celui de 1/16 donnant une "grande probabilité". Ces conclusions font admettre trop facilement le diagnostic d'O., mais un taux unique de 1/64 plaide certainement en faveur d'une ornithose actuelle ou récente vraisemblable. C'est le chiffre que Jeune et Sohier retenaient comme valable en 1961.

e) Rôle de l'âge dans la formation et l'évolution des anticorps

Les différents auteurs insistaient sur la difficulté qu'a le jeune enfant à élaborer des anticorps. Breton, par exemple, affirmait que les jeunes enfants avaient un faible pouvoir immunologique. Mais Paccaud (77), à propos des viroses du tractus respiratoire, dit en 1961 que jusqu'à 3 mois, les anticorps élaborés n'ont peut-être pas un grand pouvoir immunologique, qu'ils s'élèvent à un taux moins haut et diminuent plus rapidement que plus tard. Mais de 3 à 5 mois jusqu'à 4-5 ans, leur taux est très élevé en peu de jours et tombe progressivement comme chez l'adulte. Au-delà de cet âge, la réponse est plus rapide que chez l'adulte.

f) Action du traitement sur les anticorps

La plupart des auteurs pensent qu'un traitement à base de Cyclines ou de Pénicilline, médicaments réputés actifs contre l'ornithose, empêchent la formation des anticorps.

Meyer et Eddie (74) rapportent 3 observations dans lesquelles le virus ornithosique a été isolé. Les malades étaient traités par la Tétracycline. La R. de F. du C. resta négative chez le 1er. Chez les 2 autres son taux ne dépassa pas le 1/4. Par contre, ils rapportent une observation dans laquelle un taux élevé est apparu après un traitement intensif. Lippelt et Brand (65) essayent d'expliquer ce phénomène, soit parce que le stimulus de production (antigènes) est bas, soit parce que la production elle-même est diminuée.

Des expériences furent faites sur des animaux traités. Chez des primates, elles montrèrent que les taux d'anticorps pouvaient être diminués ou complètement inhibés par le traitement. Chez les perroquets, elles montrèrent que la F.C. restait négative à 1/35^e, sauf chez l'un d'entre eux, où elle fut positive au 1/6^{ème} alors que le virus fut isolé

Lippelt et Brand concluent en disant que des doses plus faibles (1,50 g. par jour chez l'adulte) pourraient juguler l'infection, tout en permettant le développement d'anticorps spécifiques.

B) Observations personnelles

Nous allons maintenant étudier et critiquer nos observations à la lumière des exigences rapportées dans le précédent chapitre. La date de nos réactions est comptée à partir du 1er jour de la maladie, non de l'hospitalisation.

1) CAS D'ORNITHOSE CERTAINS

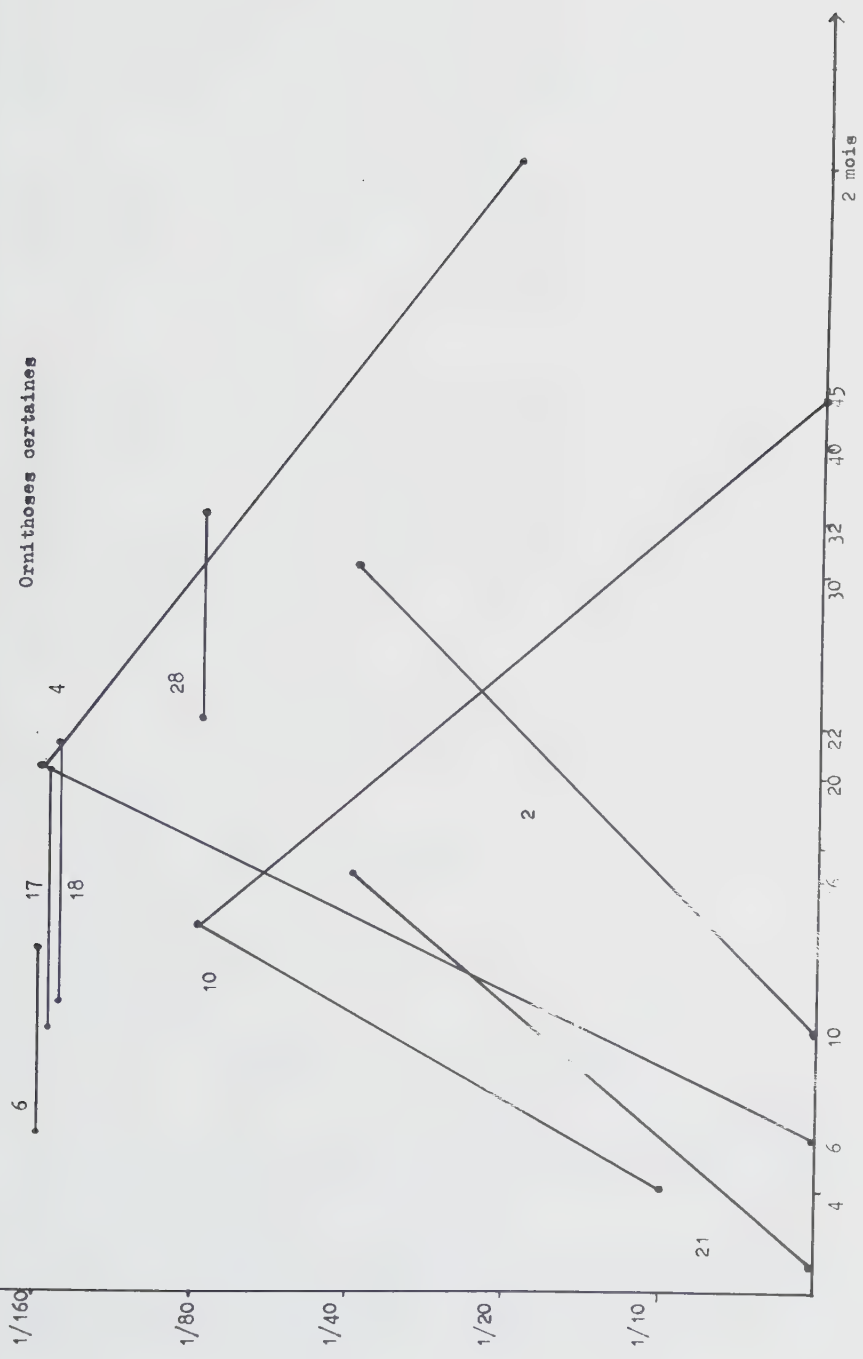
L'ornithose ne peut donc être affirmée absolument que dans les observations 2, 4, 10 et 21, où le taux de la 2^{ème} réaction est au moins 4 fois plus grand que celui de la 1^{ère}. Ces résultats sont consignés dans la figure n° 8. Cependant, il s'agit de courbes faites seulement avec trois points. Leur aspect n'est donc pas l'image exacte de la vérité.

a) Date d'apparition des réactions positives.

Elle est très variable : au 4^{ème} jour, elle est déjà positive dans l'observation 10; par contre, au 10^{ème} jour, elle est encore négative dans l'observation 2.

Courbe n° 8

Ornithoses certaines



b) Augmentation du taux des réactions

Elle est très rapide : 10 jours dans l'observation 10, 14 jours dans l'observation 4, 16 jours dans l'observation 21, 24 jours dans l'observation 2.

Dans les observations 10 et 4 où un troisième prélèvement a été effectué, on s'aperçoit que les taux diminuent rapidement : la R. est négative au 45^e jour dans l'observation 10 positive au 1/20^e au 60^e jour dans l'observation n° 4, donc respectivement 30 et 39 jours après avoir atteint le maximum.

c) Age

Ces observations se rapportent à des enfants âgés de 1 an, 13 mois, 18 mois et 10 ans 1/2. C'est l'enfant de 13 mois qui a atteint le taux de 1/160. Mais si le jeune âge de ces enfants ne semble pas freiner l'élaboration d'anticorps, celle-ci semble cependant plus lente : chez les 3 jeunes, la 1^{ère} R. positive apparaît au 16^e jour de la maladie, alors que chez l'enfant âgée de 10 ans 1/2, elle était déjà positive au 1/10^e le 4^e jour et était maxima au 13^e jour. Mais c'est dans cette dernière observation que le R. s'est négativée le plus tôt : au 45^e jour.

d) Action du traitement

Trois de nos malades ont été traités par les médicaments réputés actifs contre l'ornithose.

Observation 4 :

Il a reçu pendant 14 jours 1 million de Pénicilline par jour et pendant 6 jours 0,20 g d'Auréomycine.

Observation 10 :

Pendant 7 jours, 2 millions de Pénicilline.

Observation 21 :

11 jours : Pénicilline; 1 million.
2 jours : Terramycine : 0,50.
7 jours : Chloramphénicol : 0,25.

- Le malade n° 2 n'a reçu que 2 injections de gamma-globulines à 20 jours d'intervalle. Le traitement n'a donc pas empêché la formation d'anticorps.

C'est chez l'enfant qui avait reçu 2 injections de gamma-globulines que la réaction s'est positivée, le plus tard, alors que l'on aurait pu s'attendre à l'inverse.

2) AUTRES CAS D'ORNITHOSE CERTAINS

Dans 4 observations, la R. resta positive au même taux à 2 dosages successifs : au 1/160ème (observations 6, 17 et 18) et au 1/80ème (observation 28). En présence de ces taux élevés, a-t-on le droit de récuser le diagnostic d'ornithose sous prétexte qu'il n'y a pas une variation, de taux suffisante ? Les deux réactions ont été pratiquées dans les 4 cas à des intervalles rapprochés : respectivement 7, 11, 9 et 10 jours, et ceci entre le 6ème et le 25ème jour de la maladie, dates qui correspondent aux taux maxima observés.

Les taux de 1/160 sont difficiles à rattacher à une réaction anamnestique, étant donné qu'ils sont élevés et l'on pourrait supposer que des R. pratiquées plus tôt auraient permis d'obtenir une courbe satisfaisante. Ces observations soulignent encore l'intérêt qu'il y a à laisser écouler au moins 15 jours entre la 1ère et la 2ème R.

Elles correspondent au plateau de la courbe n° 7. Pour l'observation 6, le début du plateau est relativement précoce au 6ème jour de la maladie. Mais on peut se demander si, en fait, le début n'avait pas été plus précoce, car dès l'hospitalisation, soit au 3ème jour de la maladie, la radiographie pulmonaire découvrirait des opacités pathologiques

Dans l'observation 17, le début clinique de la maladie put être précisé, la pneumopathie ayant été découverte au cours d'une radioscopie systématique.

Dans l'observation 18, la 1ère R. fut faite au 11ème jour de la maladie et concorde parfaitement avec la courbe standart.

3) OBSERVATIONS DANS LESQUELLES L'ORNITHOSE PEUT ETRE CONSIDEREE COMME TRES PROBABLE

Nous allons étudier maintenant les observations dans lesquelles le R. de F. du C. ne permet pas d'affirmer le diagnostic de façon certaine, mais de le considérer comme probable. Il s'agit :

- des taux supérieurs ou égaux à 1/64.
- des courbes montrant une diminution, et non une augmentation des taux d'agglutination.

a) Ascension insuffisante du taux, mais dépassant

1/64

Dans l'observation 29, le taux a seulement doublé. Mais la 2ème R. étant positive à 1/80ème, nous la retenons comme O

vraisemblable. La lère R. a été pratiquée au 4^e jour et la seconde au 24^e jour de la maladie, donc à une date où les anticorps pouvaient avoir commencé à diminuer, après avoir atteint un maximum que nous n'avons pu saisir. C'est dire l'intérêt d'un laps de temps n'excédant pas 15 jours entre les 2 R.

Ce malade reçut pendant 11 jours 1 g. de Tétracycline et 1 million de Pénicilline qui ont pu freiner l'élaboration des anticorps, comme l'avaient démontré Meyer et Eddie.

b) Dosages supérieurs à 1/64

Dans 5 observations, un dosage unique a été effectué. Nous avons obtenu :

- 1/80 dans les observations 8, 26, 27 et 35.
- 1/160 dans l'observation 15

Nous avons vu que ces taux étaient considérés comme suffisants, par la plupart des auteurs, étant trop élevés pour une réaction anamnétique ou une cicatrice sérologique ancienne. Cependant, un taux élevé peut persister plus longtemps que les 2 mois de la courbe standart : dans notre observation 26 c'est au 4^e mois de la maladie que fut trouvé le taux de 1/80e. Si à cette date était survenu un épisode infectieux intercurrent, d'aucuns auraient pu le rapporter à tort à une ornithose récente.

c) Observation ayant comporté une chute des
taux - courbe n° 9 - Observations n° 3, 5, 7, 9, 12, 24, 25 et 30)

On peut se demander si cette évolution n'a pas autant de valeur que l'augmentation, correspondant à la partie descendante de la courbe n° 9.

En effet, dans ces observations, le 1^{er} dosage a été relativement tardif : le plus précoce a été fait au 8^e jour (observation n° 9) de l'hospitalisation et l'infection avait pu débiter avant celle-ci, car l'opacité pulmonaire existait déjà à l'entrée. La décroissance du taux est apparue au plus tôt le 25^e jour, donc plus tôt que sur la courbe standart (en pointillé sur la figure n° 9). Mais si l'on compare ces courbes à celles de la figure n° 8 concernant les ornithoses indiscutables, on s'aperçoit qu'elles sont superposables. 3 de nos observations se sont négativées au 40^e, 70^e et 80^e jour. Une des ornithoses indiscutables avait vu, elle aussi, sa R. de F.C. négative au 45^e jour.

La négativation la plus précoce s'observe chez un enfant de 20 mois qui reçut 0,50 g. de Terramycine pendant 11 jours. La plupart des autres malades avaient reçu des Tétracy-

cyclines sauf le n° 5 qui subit 10 injections de Pénicilline de 1 million et le n° 25 qui ne fut pas traité. Tous les dosages ont été faits après le début du traitement, sauf dans l'observation 30 (1/80 e au 16e jour). Si la R. a été précoce après celui-ci, le taux est relativement élevé : 1/80 après 7 jours de traitement (observation 3), 9 jours (observation 9) ou 2 jours (observation 12). Plus tard, les taux sont moins élevés : 1/40 au 14ème jour (observation 5), et au 20ème jour (observation 24), 1/20ème au 17ème jour (observation 30). Cependant on note encore un taux de 1/80ème après 15 jours de traitement dans l'observation 12. Dans l'ensemble, le traitement paraît faire baisser plus rapidement les anticorps.

4) OBSERVATIONS DANS LESQUELLES LE DIAGNOSTIC D'ORNITHOSE NE PEUT ETRE AFFIRME SUR LE PLAN BIOLOGIQUE

Il s'agit des observations dans lesquelles une seule R. a été pratiquée et a donné un résultat trop bas, ou 2 R. mais avec une ascension insuffisante des taux. Cependant, nous les avons retenues en raison d'un tableau clinique superposable à celui des observations précédentes.

a) Observations avec taux insuffisamment élevé

Il fut de 1/40 dans les observations 1, 11, 16, 19, 31 et 34.

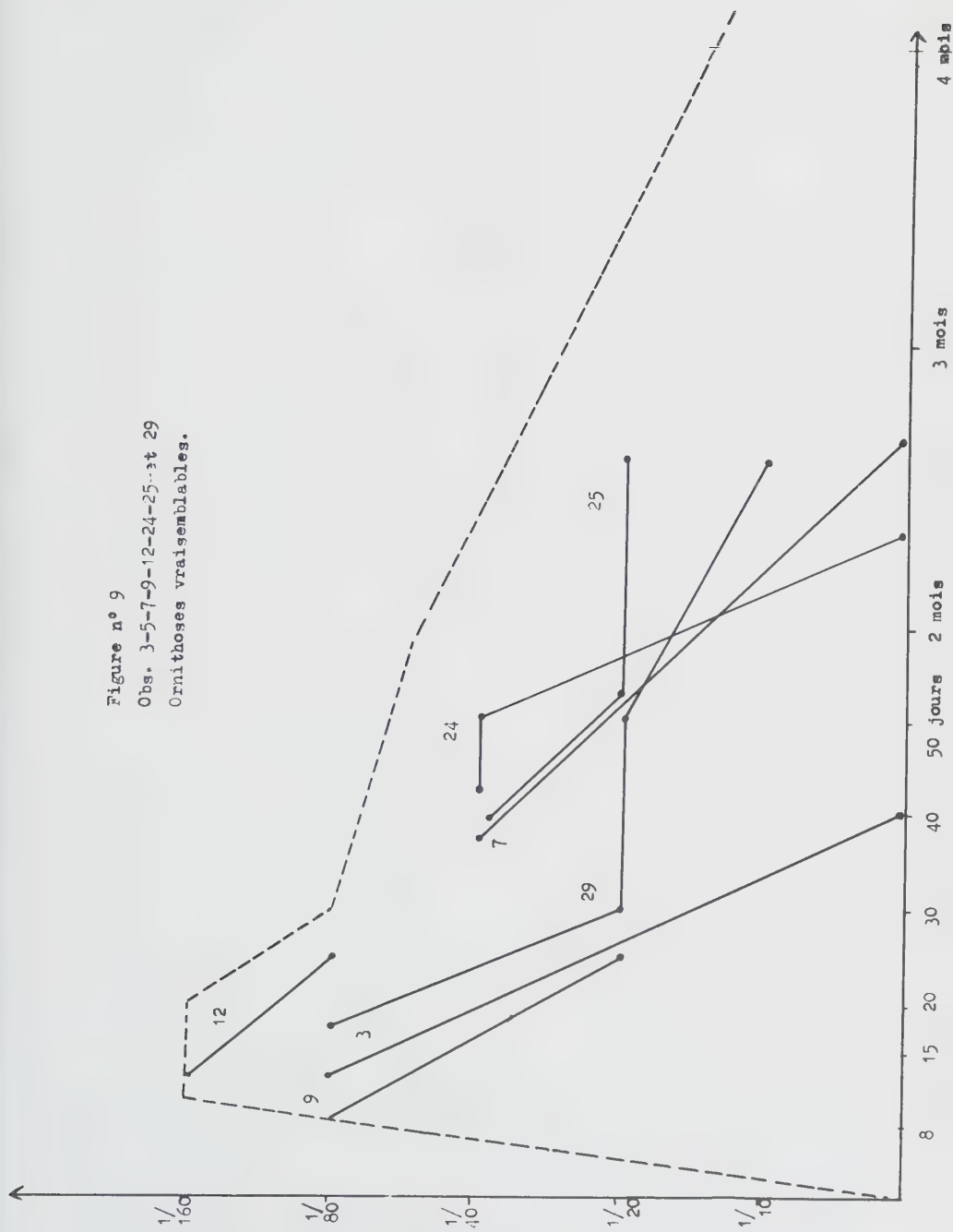
Le tableau clinique de pneumopathie des observations 1, 11, 16 et 19 est analogue aux observations envisagées aux paragraphes précédents. L'observation 19 rappelle les observations de glomérulo-néphrite aigüe de la littérature dont nous avons déjà parlé.

Les observations 31 et 34 sont proches des tableaux de méningite lymphocytaire et de syndrome grippal dont parle Breton (16). Pour ces raisons, nous les avons retenues de même que :

b) Les observations avec ascension insuffisante des taux à deux dosages successifs

Il s'agit des observations 22, 23 et 32. La figure n° 10 montre que la pente des courbes d'anticorps est beaucoup moins raide que dans la courbe standard ou dans nos courbes concernant les ornithoses certaines. En effet, le taux de la 2è R. n'est que le double de la 1ère et n'atteint que 1/40e. L'écart entre les 2 R. est correct dans les observations 22 et 23 (14 jours). Dans l'observation 32, les 2 R. sont trop rapprochées et si la 2e avait été faite une semaine

Obs. 3-5-7-9-12-24-25-31 29
Ornithoses vraisemblables.



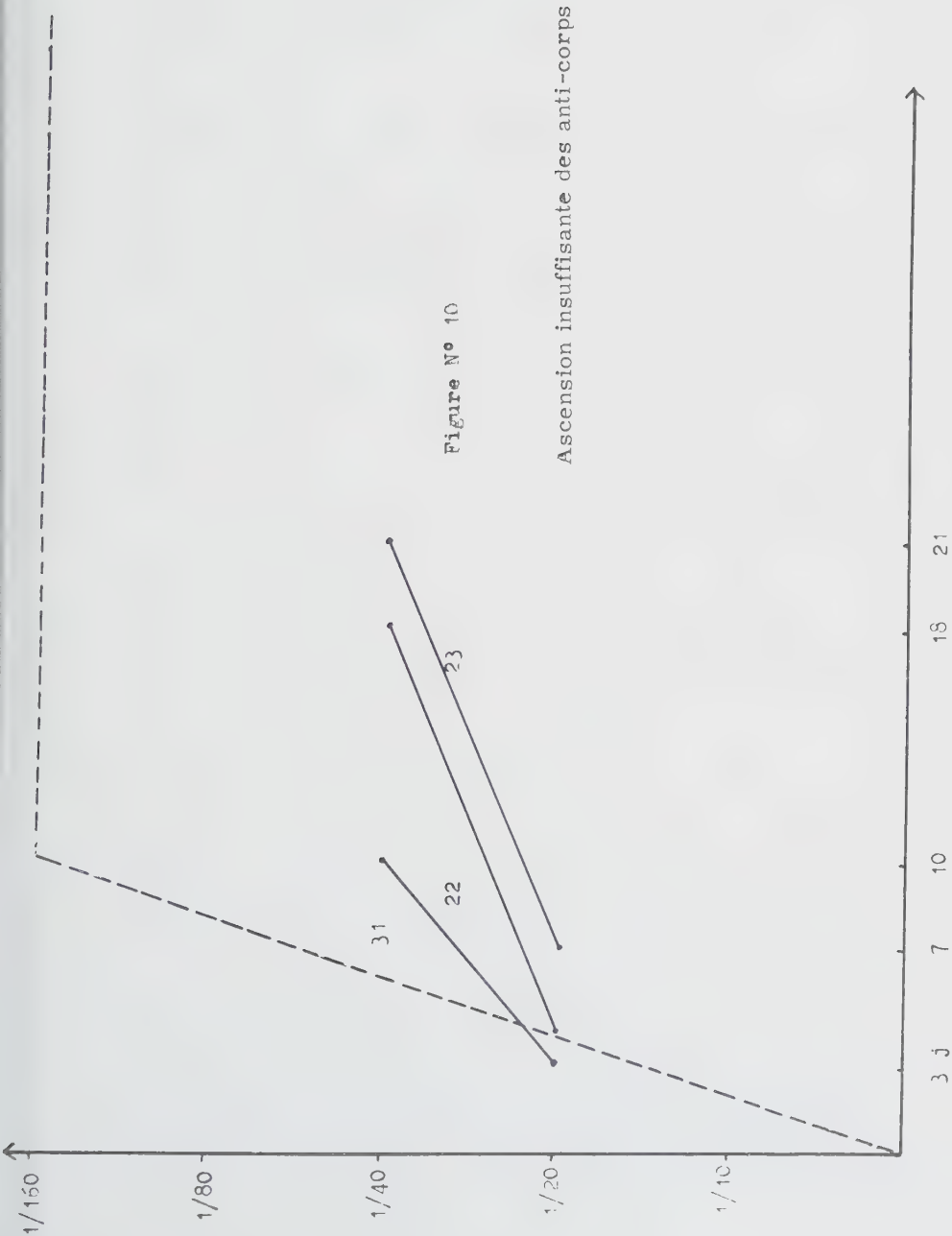


Figure N° 10

Ascension insuffisante des anti-corps

plus tard, nous aurions peut-être assisté à une ascension suffisante. Cependant, le taux maximum est généralement atteint le 10^e jour. On peut se demander si le traitement ne doit pas être incriminé.

Les malades des observations 22 et 23 reçurent de la Tétracycline. Le 1^{er} : 0,75 g. par jour pendant 3 jours, le second : 0,50 g. pendant 10 jours. Celui de l'observation 32 reçut 2,20 g. d'Erythromycine pendant 6 jours.

Donc, si le diagnostic d'ornithose ne peut être absolument rejeté, on ne peut non plus l'affirmer. Sur le plan clinique, il pourrait être étayé dans l'observation 23 par la notion d'un contage ornithosique.

5) Enfin, dans les observations 13 et 14, le laboratoire a répondu R. F. du C. positif, sans préciser le taux. Aucune discussion n'est possible dans ces conditions.

De cette analyse, il résulte que, parmi nos 35 observations, peuvent être retenues comme ornithoses certaines 8 observations :

- Les observations 2, 4, 10 et 21 qui présentent un taux quadruple à la 2^e R. de D. du C. par rapport à la lère.

- Les observations 6, 17, 18 et 28 qui ont eu à 2 reprises un taux de 1/160 et 1/80.

comme très probables 17 observations :

- l'observation 29 dans laquelle le taux de la 2^e R. n'est pas quadruplé par rapport à la lère, mais est supérieur à 1/64.

- les observations 8, 26, 27, 35 et 15 dans lesquelles la R. unique a dépassé 1/64.

- les observations ayant comporté une chute des anticorps : observations 3, 5, 7, 9, 12, 24, 25 et 30.

- l'observation 23 dans laquelle un contage a été noté, malgré le taux insuffisant de la réaction.

- les observations 13 et 14 où le laboratoire a affirmé l'ornithose sans préciser les taux.

Toutes les autres observations, soit 10 sur 34 doivent être discutées sur le plan biologique. Mais ici, la clinique doit étayer le diagnostic en raison de la similitude avec les autres observations ou des cas analogues de la littérature. Le problème se complique encore du fait de l'association possible

à d'autres réactions en faveur d'agents étiologiques différents que nous allons envisager maintenant.

C - ASSOCIATION A DES REACTIONS SEROLOGIQUES CONCERNANT D'AUTRES VIROSES

Dans la plupart des observations, plusieurs réactions sérologiques ont été demandées à la fois (33 sur 35 observations).

Il s'agissait de :

- l'agglutination des Rickettsies ou l'intra-dermo de la fièvre Q.

- la réaction de D. du C. ou la R. de Hirst pour la grippe.

- la réaction de D. du C. pour les adénovirus.

- la recherche de virus polio dans la gorge, les selles ou le sang.

- la réaction de Paul et Bunnell

- la réaction de lyse du toxoplasme ou la fixation du complément.

- enfin, l'intra-dermo réaction de la maladie des griffes du chat.

Dans 22 observations, une ou plusieurs de ces réactions se sont avérées négatives. Mais dans les 11 autres, d'autres réactions que le D. du C. pour l'O.P.L. ont été positives.

1) Association à des réactions positives pour les rickettsioses

Quatre fois l'agglutination des rickettsies a été positive pour la fièvre Q et une fois l'intra-dermo-réaction pour cette dernière (observations 21, 24, 25 et 29).

Dans l'observation 21, qui est une ornithose certaine selon nos critères, l'agglutination pour la fièvre Q. est ++ au 1er jour de la maladie. Par ailleurs, la D. du C. pour les adéno-virus, négative le 1er jour devint positive au 1/16e au 2e prélèvement.

L'enfant était placée en nourrice à la campagne et l'on peut se demander si elle n'a pas contracté successivement une rickettsiose, une ornithose et une adénovirose.

Mais Breton rapporta au Congrès de Genève (24) des observations avec sérologie positive pour l'O.P.L. et pour la fièvre Q. Il se demandait s'il s'agissait d'une réaction anam-

nestique : une fièvre Q entraînerait une élévation transitoire des anticorps d'une ornithose ancienne. Inversement, une ornithose pourrait entraîner une reviviscence des anticorps contractés lors d'une fièvre Q antérieure (Michon - 76). Ce serait plutôt le cas de notre observation.

Sohier (87) a trouvé également, en étudiant le sérum de 13 sujets, dont 4 enfants, atteints d'ornithose, une R. de D. du C. pour les adénovirus positive au 1/8 chez 2 enfants. Mais on sait qu'une réaction unique n'a pas de valeur diagnostique.

Cette observation illustre bien la rigueur avec laquelle on doit interpréter les examens de laboratoire avant d'affirmer une virose

Dans 2 autres observations (24 et 25), on retrouve l'association d'une agglutination positive pour la fièvre Q

Mais la variation insuffisante des R. de D. du C. pour l'O. P. L. ne peut permettre de conclure de façon catégorique en faveur de l'une ou de l'autre étiologie.

Le même problème se pose dans l'observation 26.

2) Association à des R. positives pour la grippe

Dans 4 observations, à la D. C. positive pour l'O. P. L. se sont associées des R. positives pour la grippe (obs.) 11, 22, 23 et 30).

Dans l'observation 22, la R. de Hirst et la F. C. pour la grippe A se sont confirmées l'une l'autre, la D. C. étant positive précocement pour se négativer secondairement, à l'inverse de la R. de Hirst négative au 1^{er} prélèvement et secondairement positive. Au contraire, nous avons vu que l'ornithose ne pouvait être affirmée sur le plan biologique.

Dans l'observation 23, seule la R. de Hirst a été positive à deux reprises pour la grippe asiatique. Mais le 1^{er} prélèvement a été fait seulement une semaine après le début de la maladie et se rattacherait plutôt à un syndrome grippal pour lequel l'enfant avait été hospitalisé un mois auparavant.

Dans l'observation 30, une seule F. C. a été pratiquée, 15 jours après le début de la maladie. Elle était positive pour la grippe B. Nous avons vu que l'ornithose ne pouvait être affirmée formellement dans ces 2 observations et on ne peut conclure sur la nature exacte de l'agent étiologique. Cependant, la balance pencherait plutôt vers l'ornithose, une seule F. C. pour la grippe étant insuffisante pour l'affirmer, alors que l'évolution de la F. C. pour l'O. P. L. est en faveur de l'ornithose.

3) Association à une poliomyélite

Dans 3 observations (27, 31 et 32), on aurait pu se demander s'il s'agissait d'une ornithose ou d'une poliomyélite.

Dans les observations 27 et 31, un virus polio III fut isolé des selles du 1er; un polio I de la gorge du second. Mais aucune réaction sérologique ne fut pratiquée pour la poliomyélite. Le plus vraisemblable est qu'il s'agissait d'un porteur de germes sains.

Dans l'observation 32, ce sont les réactions sérologiques de la poliomyélite qui furent positives :

- au 1/1240 pour P III
- au 1/640 pour P I
- au 1/20 pour P II.

Mais aucun virus n'a pu être isolé du sang ou des selles du malade et un seul examen sérologique ne peut permettre de conclure à une infection récente.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A - FORMES PULMONAIRES

Leur diagnostic est cliniquement et radiologiquement difficile. Il ne peut être qu'un diagnostic de laboratoire. Il faudra donc penser à demander une R. de D.C. O.P.L. en présence d'un syndrome respiratoire un peu traînant.

1°) Le plus difficile est toujours de distinguer l'ornithose des autres pneumopathies virales, qu'elles prennent le masque de trachéite ou trachéo-bronchite saisonnière, ou celui de la pneumonie dite atypique .

Les caractères cliniques et radiologiques sont identiques. Cependant, Ellenbogen (26) insiste sur l'absence de signes fonctionnels en opposition avec d'autres pneumopathies virales. La dyspnée ne fut trouvée que 2 fois (obs. 4 et 21), l'expectoration une fois (obs. 26). Tassovatz ne constate l'existence d'une dyspnée qu'en cas de lésions pulmonaires étendues.

Mais tous nos malades toussaient. C'est le signe le plus constant de nos obs., contrairement à ce que disent ces auteurs.

Secujac (24) a comparé la symptomatologie de diverses pneumopathies virales et conclut que dans l'O., les opacités étaient plus marquées, plus basales, la réaction pleurale plus fréquente et plus intense, la V.S. plus accélérée. Il signale aussi l'augmentation des α_2 et γ globulines.

Nous l'avons trouvée dans les obs. 3 et 10, les seules où une électrophorèse ait été pratiquée.

En dernier ressort, c'est donc le laboratoire qui permettra d'affirmer le diagnostic.

Il faudra y penser devant une pneumonie atypique, surtout si elle est associée à des signes rhinopharyngés, une splénomégalie, des adénopathies, une lympho-monocytose,

et éliminer :

- la pneumonie "atypique" à *Rickettsia Burnetti* avec son début brusque, la fièvre élevée, les signes méningés, les opacités radiologiques étendues parfois à tout un lobe, peu denses, donnant un aspect de "verre dépoli".

- la pneumonie grippale pure ou surinfectée peut parfois être caractérisée par la R. de Hirst.

Quant à la pneumonie atypique, dite primitive, elle ne sera affirmée qu'après l'élimination des diverses étiologies, et devant la présence d'agglutinines froides.

Dans le cadre des pneumopathies virales, l'Ornithose représente un pourcentage assez faible : 12,5 % pour Paccaud (77), 4 % pour Seibert (86), 1,5 % pour Tassovatz, 15 % pour Secujac (24), 7,79 % pour Gernez-Rieux (32), 9,85 % pour Boucher (24), 9,12 % pour Jeune, ce qui fait une moyenne de 8,5 %.

Ces chiffres sont confirmés par ceux du laboratoire d'hygiène de la ville de Paris (tableau n° 11) qui montrent un pourcentage variant de 6 à 9 % entre 1950 et 1957. Mais ils sont certainement supérieurs, à la réalité, les critères retenus par les auteurs n'étant pas toujours aussi stricts qu'il le faudrait.

Les réactions sérologiques pour les autres viroses, et l'anamnèse permettent en outre de trancher.

TABLEAU n° 11

Pourcentage de résultats positifs dans les R. de F. du C^t pour l'O. P. L.

Année	Nombre de sérums étudiés.	cas +	Pourcentage
1950	93	6	6 %
1952	258	28	10 %
1953	337	40	7 %
1955	570	40	7 %
1956	692	80	11 %
1957	1090	100	9 %

2°) - Parfois un foyer pulmonaire peut faire évoquer une pneumonie bactérienne. Son tableau mieux individualisé que celui des pneumopathies virales peut permettre d'en faire le diagnostic, mais on sait que le tableau de la pneumonie franche lobaire aiguë est rare chez l'enfant.

3°) - Les formes radiologiques peuvent faire envisager :

— soit le diagnostic de tuberculose pulmonaire à type de primo-infection, envisagée devant les réactions juxtahilaires et parfois les adénopathies et la notion d'une cuti antérieure négatives, (ou récemment positive), ou d'infiltrat tuberculeux devant une opacité parenchymateuse avec cuti positive depuis plusieurs années.

La rapidité du nettoyage des images radiologiques, l'absence de B.K. au tubage gastrique, la positivité des R. - O. P. L. permettent de rejeter la tuberculose.

Rappelons que l'O. peut être anergisante et négative momentanément les R. cutanées à la tuberculine.

— Soit les infiltrats labiles du syndrome de Loeffler en raison de l'eosinophilie. Mais l'absence de signes infectieux, l'existence fréquente de manifestations respiratoires allergiques permettent de redresser le diagnostic.

B - LE DIAGNOSTIC DES MANIFESTATIONS EXTRA-PULMONAIRES EST PLUS DIFFICILE.

1 - Le diagnostic de glomérulo-néphrite aiguë fut évoqué 3 fois - (observations 4 - 19 et 21) - Mais l'association à des signes pulmonaires, des adénopathies, une splénomégalie orientèrent vers une virose, ainsi que l'évolution régressive en quelques jours sans séquelles.

2 - La maladie de Bouillaud fut suspectée dans l'observation 10. L'accélération modérée de la V.S. la fibrinémie, l'électrophorèse normale, en dehors d'une augmentation des α_2 globulines, l'existence de signes pulmonaires, ont fait réformer le diagnostic.

3 - Diverses maladies infectieuses furent évoquées:

- la coqueluche, dans l'observation N°2. Mais l'absence de quintes, la fièvre élevée firent rectifier le diagnostic,

- la rougeole dans l'observation N°23 en raison du catarrhe rhino-trachéo-bronchique. Mais l'absence de signe de Koplic et d'éruption le font éliminer.

- enfin, la scarlatine dans l'observation N°27, devant l'éruption érythémateuse desquamant secondairement.

4 - le diagnostic d'appendicite fut envisagé dans l'observation N°8. Mais une pneumonopathie est l'un des premiers diagnostics différentiels à envisager chez un enfant suspect d'appendicite.

5 - Une septicémie fut évoquée dans l'observation N°29, où apparurent successivement un syndrome méningé clinique pur, une pharyngite, des adénopathies, une splénomégalie, une éruption vésiculeuse, une albuminurie aux présences de cellules épithéliales et d'hématies nombreuses. Mais il n'y eut jamais d'hyperleucocytose, l'hémoculture fut négative et il apparut une lymphocytose au 14ème jour.

6 - Dans l'observation N°26, le malade fut hospitalisé pour suspicion de maladie de Hodgkin en raison de la persistance de la fièvre, d'une éosinophilie sanguine et d'un amaigrissement. Mais la radiographie pulmonaire et l'existence d'une expectoration abondante permirent de redresser le diagnostic.

C - LES FORMES A SYMPTOMATOLOGIE EXTRA-PULMONAIRE ONT POSE DIVERS PROBLEMES DIAGNOSTICS QUI FURENT EN FAIT DES PROBLEMES ETIOLOGIQUES :

- Problème d'un ictère, de type catarrhal bénin, avec altération modérée de la fonction hépatique.

- Problème d'une méningite lymphocytaire (observations N°31 et 32),

- D'un syndrome méningé clinique.

- D'un état grippal

- D'une conjonctivite.

Toutes ces formes faisaient évoquer une virose mais aucun signe ne pouvait orienter vers l'ornithose et c'est l'examen sérologique systématique qui fit faire le diagnostic.

C'est dire que seuls les examens de laboratoire spécifiques peuvent faire poser le diagnostic d'ornithose à condition d'être demandés aux moments voulus et correctement interprétés.

TRAITEMENT.

25 malades ont reçu un traitement "spécifique" : terramycine, tétracycline - pénicilline ou chloramphénicol.

1) - Action clinique.

La durée et la gravité de la maladie ne semblent pas avoir été influencées.

2) - Action sur la formation des anticorps.

Nous avons déjà parlé de l'action du traitement sur le développement des anticorps et avons posé la question de savoir si celui-ci n'était pas responsable d'un accroissement moins élevé des anticorps et d'une diminution plus rapide de ceux-ci.

3) - Action comparée des antibiotiques.

La durée moyenne d'hospitalisation a été sensiblement identique quel que soit l'antibiotique utilisé.

L'association Pénicilline-Tétracycline se semble pas plus active que l'un des deux antibiotiques employés séparément. Pour Breton, les tétracyclines auraient même un effet antagoniste avec la Pénicilline. - Breton - Matumoto (70) Meyer et Eddie (74), pensent que les tétracyclines sont le médicament de choix. Cependant, Meyer pense qu'elles ont une action contre les corpuscules élémentaires sans détruire le germe.

En fait, le traitement doit agir essentiellement contre les surinfection, le virus "préparant le lit de l'infection" (P. Lelong), puisque les médicaments n'ont pas d'activité "virolytique", ni même "virostatique".

EPIDEMIOLOGIE

On a une notion épidémiologique seulement dans 6 observations.

3 sont assez vagues.

Les malades des observations 13 et 14 jouaient avec les pigeons de la cour du Louvre. Ils avaient également été en contact avec des perruches, mais 3 mois auparavant.

Le malade de l'obs. 17 jouait aux Tuileries.

Quels sont les petits Parisiens qui n'ont pas joué dans ces jardins, providence des pigeons ?

Dans l'obs. 18, l'enfant était dans une pension qui hébergeait également des pigeons.

Dans l'obs. 26, le malade soignait la basse-cour d'une ferme de Sologne où vivaient des volatiles divers, en particulier des pigeons, mais on sait (Paccaud) que ceux-ci ne sont pas les réservoirs exclusifs du virus ornithosique, celui-ci pouvant contaminer également les gallinacés, dindons, etc... sans oublier les mammifères.

Enfin le malade n° 31 jouait avec les pigeons de sa voisine.

Deux malades, hospitalisés à 1 mois à peine d'intervalle (obs. 3 et 4) venaient de Sevrans. Peut-être s'y trouvait-il un foyer épidémique à ce moment-là (Janvier-Février 1959).

Seule, l'observation 4 concerne une ornithose indiscutable. L'épidémiologie des obs. 3, 17 et 18, est un atout supplémentaire en faveur du diagnostic que la sérologie ne permettait pas d'affirmer avec certitude.

De même, l'épidémiologie de l'obs. 26 peut faire discuter avec raison l'étiologie ornithosique, bien qu'une seule F.C. O.P.L. ait été pratiquée dans ce cas. Le taux de 1/80

en prend plus de valeur.

L'épidémiologie après avoir fait évoquer le diagnostic, peut donc permettre d'interpréter de façon plus valable les réponses du laboratoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Aucun de nos malades n'étant décédé, nous n'avons pas de document personnel. Nous allons rapporter les constatations de divers auteurs.

Gernez-Rieux (32), pratiqua des biopsies bronchiques qui montrèrent :

- les deux premiers mois, des phénomènes inflammatoires sans inclusions intra-cytoplasmiques,
- plus tard, une inflammation moins marquée et des bandes de sclérose qui densifient la sous-muqueuse et laissent entrevoir la possibilité de séquelles bronchiques.

Fallet (28), a trouvé au niveau des poumons une pneumonie interstitielle avec foyers d'hépatisation rouge, exsudats dans les bronchioles et une prolifération cellulaire anarchique de l'épithélium bronchique
une thrombose progressive
des capillaires veineux et artériels pulmonaires.

Les complications pleurales sont rares d'après lui.

La rate est augmentée de volume, congestionnée.

Cette augmentation de volume de la rate est très évocatrice pour Peillard. Giroud (43) a trouvé à l'autopsie d'une malade décédée à la suite d'une hépatite avec encéphalite, un foie jaune, avec hépatite nécrosante sans prédilection nette et stéatose diffuse.

Freeman a trouvé des perturbations veineuses encéphaliques avec infiltrats péri-vasculaires, nécrose des vaisseaux avec cellules ovales et larges noyaux vésiculaires.

Walton a constaté l'existence dans les méninges d'un exsudat gélatineux avec congestion capillaire.

Les auteurs ont trouvé dans les lésions des infiltrats mononucléées avec corps élémentaire de Lewinthal-Lillie-Coles, qui seuls sont pathognomoniques.

CONCLUSIONS

L'ornithose est une maladie qui peut prendre des aspects très divers. Elle réalise le plus souvent des pneumopathies, mais parfois des syndrômes extra-pulmonaires.

Son diagnostic ne peut être affirmé que par le laboratoire : non pas tant l'isolement du virus, difficile à réaliser et exigeant de longs travaux, que la réaction de fixation du complément.

Après avoir étudié ses variations, à la fois dans nos propres observations et dans celles de la littérature, nous avons constaté que son évolution dessinait une courbe dont la première partie, ascendante, se situe entre le 1° et le 10° jour de la maladie, la 2° partie en plateau entre le 10° et le 60° jour, enfin la 3° partie descend en général assez rapidement, au-dessous de 1/20 dès le 4° mois.

On peut donc conclure de façon absolument certaine à une ornithose, chez un malade qui présente un taux de déviation du complément qui quadruple entre le 1° et le 10° jour de la maladie, de façon infiniment probable s'il existe un plateau à plus de 1/64 entre le 10° et le 60° jour. Sur ces bases, 8 seulement de nos observations sont certaines. Tout autre résultat reste discutable. Néanmoins, sont vraisemblables les observations dans lesquelles existe une descente des anticorps entre 2 et 4 mois.

Au point de vue pratique, affirmer de façon absolue une ornithose n'a pas une très grande importance, dans les formes à type de pneumopathie aiguë, les plus fréquentes et qui guérissent spontanément et sans séquelle. Ce diagnostic est surtout essentiel devant des formes qui font d'abord évoquer une pneumopathie complexe, tuberculeuse ou bronchectasique, et dans les formes extra-pulmonaires de la maladie.

Il faut alors, pour l'accepter sur le plan biologique exiger des critères de certitude tels que nous les avons définis.

Dans nos observations, le traitement par la Pénicilline ou les Cyclines a paru d'une efficacité très médiocre.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur M. LELONG

Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE.

- 1 - ALLISON A., DICK A. -
False positive serological reactions in virus pulmonia
Lancet London 1954 - 6834 - August 21 - 364-365
- 2 - ANDREWS S. M. -
The importance of psittacosis in United States
J. Am. Vet. Med. Ass. - 1957 - 130 - 109
- 3 - BACON A. P. C. -
Psittacosis : two further human cases
Lancet London 1953
6782 - August 22 - P. 376-378
- 4 - BEDSON S. P. -
The psittacosis-lymphogranuloma group of viruses
British M. Bull. London - 1953 - 9 - 3 - 226-230
- 5 - BEDSON S. P., WESTERN G. T. -
Observation on the complément fixation test in psittacosis
Lancet 1957 - 2 - 1477
- 6 - BENEDICT A. A., MAC FARLAUD C. -
Newer methods for detection of avian ornithosis.
Anals of the New-York - Acad. of Sc.
1958 - 70 - 3 - 501-515
- 7 - BENOIT.
R. de HIRST appliquée à l'étude de 51 obs. d'enfants atteints
d'affections diverses.
Thèse M. Paris 1951

8 - BENSIMON. -

Etude épidémiologique clinique et biologique des infections
à adénovirus
Thèse Mne Lyon 1956

9 - BERTHO. -

La grippe épidémique de 1957
Thèse Mne Paris 1958

10 - BESSON A. -

L'O. ou maladie transmise par les pigeons
Bull. Ac. Nat. de Mne Paris 1958 - 142 - N° 3 - 4 -
p. 81-85

11 - BOUCHER H., BERTEIN J., ROUMAGNOUX J., SOUQUET R.
et GIRY R. -

Pléurésies virales et purulentes au cours de viroses pul-
monaires
Rev. Lyon. Méd. - 1959 - 8 - 969 - 977

12 - BOUCHER H. HUSON J. THIEBAULT J. -

Les faux aspects rachnologiques de primo-infection créés
par les pneumonies à virus.
Presse Med. - 1952 - 60 - 425 - 426

13 - BOUCHER H. SOHIER R. ROUMAGNOUX J. GAUBERT Y. et
PETITJEAN R.

Bronchopneumopathie sévère à virus A.P.C. avec surin-
fection pneumococcique probable évoluant après une infec-
tion à virus grippal.
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris 1956 - 937 - 942.

14 - BRAND., GERHARD et LIPPELT H. -

Untersuchungen über den unspezifischen Wassermann
antikörper bei O.
Archiv für die gesamte virusforschung Wien
1955-6 - Heft 1 - 65-75

15 - BRETON A. GAUDIER B. et PONTE C. -

L'O. psittacose en pathologie infantile.
Etude de 18 obs. Arch. Fses de P. Paris - 1960
17 - N° 7 - 879-885

16-BRETON A. GAUDIER B. VOISIN C. et FOUCAUT M.

L'O. chez l'enfant.

Arch.Fr.Pédiatrie - 1958 - 15 - 268

17-BROUET G. CHRETIEN J. CONSTANS P.

Les complications cardio-vasculaires des Rickettsioses

La France médicale 1962. - 25 - 7 - 317/330

18-CHRIST A.

Erfolgreiche behandlung von Psittacosis mit Romicil
(Oléandomycine) - Praxis 1957 - 41 - 900

19-DAVOUDIAN. -

Les caractères communs aux formes variées de la grippe.

Thèse Mne Paris 1958 - Dactylographiée.

20-DAYMAS -

La grippe chez l'enfant

Thèse Paris 1953

Dactylographiée

21-DEBREE R., MOZZICONACCI P., DROUHET V.

Note préliminaire sur plusieurs cas d'O. humaine.

Arch. Fses de Pie. - Paris 1954 - 11 - N° 8 - p. 878-879

22-DENMARK J.C. -

Encephalitis due to psittacosis. Lymphogranuloma-
venereum group of viruses. A case of ornithosis encephalitis
Brit.Med.J. 1957 - 5060 - 1531

23-DICKINSON E.M. BABEOK W.E. KILLIAN J.B.

Ornithosis in Oregon turkeys

J. Am. Vet. Med. Ass. 1957 - 130 - 117

24-XVIIIème CONGRES DES PEDIATRES DE LANGUE FRANCAISE. -

Rapports volume III

Communications p. 101/152

Genève mai 1961

25-DOMART A.

Les manifestations neuro. de l'O.

S. des Hôp. Paris 1959 - 35 - 31 - 2166/2174

- 26 - ELLENBOGEN B.K. MILLER C.M.

Psittacosis in a family
British M.J. 1952 - 4777 - 189/190

- 27 - EPHRATI-ELIZUR E. BENKOPF H. -

Isolation of six strains of ornithosis virus from children
with infections of the respiratory tract
J. of infectious diseases Chicago 1956 - 98 - N°1 - 45-51

- 28- FALLET G.H.

L'O. Variété nouvelle de pneumonie atypique.
Masson 1951 130p.

- 29- FITZ R.H. MEIKLEJOHN G. BAUM M.D.

Psittacosis in Colorado
American J. of the medical Sc. Philadelphie
1955 - 229 - 3 - 252/261

- 30- FRENCH E.L. et MARTIN F.R.

Psittacosis with relapse following auréomycin therapy
The Lancet 1957 - 273 - 1321

- 31- GENEST P. -

Psittacosis in a Quebec aviary
Canadiah J. of public Health - Toronto 1958 - 49 - 5 - 209/210

- 32- GERNEZ-RIEUX Ch. VOISIN C. LEBLOIS J. -

L'O. Broncho-pulmonaire. Etude clinique radio et bron-
chologique de 41 cas observés dans la région du Nord.
S. des Hôp. Paris 1958.
34 48/7
2397 - SP 489
2405 - SP 497

- 33- GERNEZ-RIEUX Ch. VOISIN C. MEREAU J.

Manifestations broncho-pulmonaire de l'O. Aspect radiolo-
gique.
J. de Radiologie d'Electrologie et de Médecine nucléaire
Paris 1957 - 38 N° 6 - 6 - 580 584

- 34- GIROUD P. -

Comportement de sérums humains vis-à-vis des antigènes
rickettsiens du groupe boutonneux pourpré et des antigènes

du groupe de la pittacose.

C.R. des séances de l'Ac. des Sciences 1953 - 237
1576 - 1577

35- GIROUD P.

Fièvre Q.

Recueil de Mne vétérinaire de l'Ecole d'Alfort.
1955 - novembre p.867

36- GIROUD P. -

Infection fébrile exanthématique sans tache noire s'accompagnant de chorio-rétinite avec R. + à un antigène du groupe de la psittacose

Bull. Sté patho. exotique
1954 - 47 - N°4 479 - 480

37- GIROUD P.

On constate des R. Séro + à l'antigène de la pittacose à la suite d'infections encéphalitiques, pulmonaires ou exanthématiques

Bull. Sté. Patho. exotique 1954 - 47 N°1 - 46 - 48

38- GIROUD P. -

Syndrômes encéphalitiques afébriles de l'enfant réagissant à un antigène du groupe de la psittacose.

Bull. M. Sté Mle. des Hôp. Paris 1954 - 21 - 2 - 3 - p. 774

39- GIROUD P. -

Syndrôme d'encéphalomyocardite avec hyperthermie répondant à un antigène à la limite des rickettsies, à côté du groupe de la psittacose.

Bull. Sté. Patho. exotique 1954. 47 - N°1 46/48

40- GIROUD P. -

Syndrôme méningé fébrile évoluant chez un vétérinaire et répondant à l'antigène de la psittacose.

Bull. Sté Patho. Exotique 1954 - 47 - N°1 - 44/45

41- GIROUD P. CATHALA J. CLAVEL B. NODOT A. JANET L. -

Syndrômes encéphalitiques afébriles de l'enfant réagissant à un antigène du groupe de la psittacose.

Bull. M. Soc. Méd. Hôp. Paris 1954 - 70 - 774

42- GIROUD P. et JADIN J. -

Comparaison entre les réactions allergiques avec l'antigène de la fièvre Q. la fixation du complément et l'Agglutination des Rickettsies.
C.R. Ac.Sc. 1950 - 230 - 2347

43- GIROUD P. JADIN J. -

Hépatite avec encéphalite évoluant chez une jeune Africaine du centre extra-coutumier de Bukavu (Congo Belge).
Isolement d'un agent pathogène. Présence d'anticorps -
Bull.Sté.Patho.Exotique 1954. - 47 - 6 - 769/770

44- GIROUD P. ET JADIN J. -

Isolement chez l'homme au cours de syndrômes infectieux allant de l'exanthème simple à l'encéphalo-myocardite, d'un agent virulent à la limite du groupe des Rickettsies.
C. Rendus de l'Ac. des Sciences - Paris 1954 - 238
2039/2041

45- GIROUD P. ET JADIN J. -

R. Sérologiques et allergiques chez l'homme vis-à-vis d'un antigène du groupe de la psittacose et d'antigènes isolés dans la province du Kivu (Congo-Belge)
C.R. de l'Ac. de Sciences Paris 1954 - 238 - 2205/2207

46- GIROUD P. JADIN J. ROGER J. DUMAS N. POT C. PITALLIER M. -

Infection transmise de l'animal à l'homme. Hépatonéphrite ayant pour agent étiologique un élément à côté de la psittacose, à la limite inférieure des 'Rickettsioses'
Bull.M.Soc.Hôp.Paris. 1955 - 71 - 548

47- GIROUD P. ROGER F. -

La fix. du compl. met en évidence des fractions antigéniques distinctes à l'intérieur du groupe de la psittacose : il existe des antigènes complets et incomplets. Application au dépistage séro des affections cardiaques.
Bull.Sté. Patho.exotique - Paris 1954 - 46 - 6 - 762/764

48- GIROUD P. ROGER F. DARTOIS N. -

Comportement des sérums de divers animaux domestiques vis-à-vis de l'antigène de la psittacose.
C.R. Ac.Sc.Paris 1954. 238 - 419/420

49- GIROND P. THEVENARD A. -

Affection aiguë d'allure grippale chez deux conjoints.
Participation méningée. R. + à l'antigène de la psittacose.
Bull. M. Sté Mle des Hôp. Paris 1954 - 9 - 10 - 314/319

50- GORET P. -

Les infections animales du groupe O. Psittacose
(Néo-rickettsioses)
Recueil M. Vétérinaire de l'école d'Alfort.
1955 - Nov. p. 951

51- GOUSSET J.

L'Ornithose humaine et animale. Tentatives d'isolement
du virus O.
Thèse vétérinaire Lyon.
1953 - 54 - N°32.

52- GUEDJ P. -

Contribution à l'étude de l'Ornithose-psittacose
Thèse de M. Paris 1957

53- HEGGLIN R. -

Die Ornithose.
Schweizerische medizinische wochenschrift.
Basel 1958* - 88 N°3 - 64/68

54- HILDES J. A. WILT J. C. STANFIELD F. J. -

Antibodies to adenovirus and to psittacosis in Eastern
Arctic Eskimos
Canadian J. of public Health Toronto
1958 - 49 - 6 - 230 - 231

55- JANNACH J.R. -

Myocarditis in infancy with inclusions characteristic of
psittacosis.
A.M.A. J. of diseases of children - Chicago 1958 -
96 - N° 6 - p. 734-740

56- KEMMERER G. -

Zur Klinik und epidemiologie der durch tauben übertragenen
menschlichen ornithose.
Deutsche medizinische wochenschrift Stuttgart
1956 - 81 - N°23 - 8 - 930/933

57-LARENG-ANDRIEU. -

Intérêt du diagnostic biologique dans le domaine de certaines viroses Grippe-ornithose.
Thèse M. Toulouse 1955.

58-LEACHMAN ROBERT D. YOW E.M. -

The epidemiology of psittacosis and report of a turkey borne outbreak.
A.M.A. Arch.Of.Internal medicine -
Chicago 1958 - 102 - 4 - 537/543

59-LE BOURDELLES R. AUJALEN E. -

La Psittacose.
Traité de M. Masson - 1948 - 2 - 186

60-LELONG M. LEPINE P. ALISON. LE TAN VINH SATGE P. CHANY.

La pneumonie à virus du groupe A.P.C. chez le nourrisson
Arch.F.Pie. - XIII- 1092/1096

61-LEPINE P. -

L'O. Etiologie - symptomatologie et diagnostic.
Sne des Hôp. Paris -1950 - 26 - 3376

62-LEPINE P. -

Virus psittacosique et ornithosique in J. DUMAS : Bactériologie médicale - Flammarion 1954 - 997

63-LEPINE P. SOHIER R. -

Techniques de laboratoire appliquées au diagnostic des maladies à virus.
1 volume - Masson - 1954

64-LEZER R. -

Les problèmes posés par l'O. humaine.
1960 - Thèse M. Paris

65-LIPPELT H. et BRAND G.

Die komplement bindungs - reaktion in der diagnostik der ornithose
Deutsche medizinische woschenschrift-Stuttgart 1955 - 80
N° 3 110/114

66- LOFFLER H. -

Ist das pseudoluetische (Wa-R-positive) lungenfiltrat eine O. ?

Schweizerische zeitschrift fuer allgemeine pathologie und bakteriologie Basel - 1959 - 22 - 5 - 658 - 664.

67- MACLACHLAN W. G. -

Psittacosis.

The Am. J. of M. Sciences - Philadelphia 1953 - 226

N°2 - p. 157 - 163.

68- MALTERRE M. -

Les manifestations rétinienes de l'O. Psittacose.

Thèse M. Lyon 1961

69- MATTHEISEN M. et VOLKERT M. -

Ornithosis - related antigens from B. Anitratum in the serological diagnosis of ornithosis. Acta patho. et microbiologica scandinavica - Kobenhavn

1958 - 44 - N°4 - P. 440/446

70- MATUMOTO, M. -

Miyagawanella : psittacosis lymphogranuloma group of viruses 10. Effects of antibiotos and sulfonamides in developing hen's eggs on goat.pneumonitis virus bone.

P. L. virus and psittacosis virus isolated in Japan.

Japanese Journal of Experimental medicine Tokyo -

1959 - 29, 5 - 445/455.

71-MEYER K. F. -

Human carrier of the psittacosis virus.

J. Inf. Diseases.

1951 - 88/109

72-MEYER K. F. -

The natural history of plague and psittacosis

Public health Rep.

1957 - 72-8 - 705/719

73-MEYER K. F. et EDDIE B. -

A review of psittacosis for the years 1948 to 1950 -

Bull. of Hygien - 1951 - 26 - 1

- 74- MEYER KF. et EDDIE B. -

Chemoterapy of natural psittacosis and ornithosis
Field trial of tetracycline chlortetracycline and oxytetracycline.
Antibiotics and chemoterapy. - 1955 - 5 - 289

- 75- MEYER K.F. EDDIE B.

The influence of tetracycline compounds on the development of antibodies in psittacosis.
American review of tuberculosis and pneumonary diseases.
New York 1956 - 74 n° 4 566/ 571

- 76- MICHON P. LARCAN A. STEIFF F. HURIET C. BERTHIER X. -

Les néphrites virales
Presse M. 1960 - 68 - 309/313

- 77- PACCAUD M.F. -

Les infections virales du tractus respiratoire.
Praxis 1959 - 23 - 548/552

- 78- PECKELS B. -

Les syndrômes neurologiques en rapport avec l'O.
Thèse M Paris 1958.

- 79- PEILLARD M. SOHIER R. GINESTE J.

Recherches sur les titres d'anticorps significatifs d'une infection récente due aux virus de la grippe, des oreillons et du groupe O - psittacose.
Ann.Inst. Pasteur - PARIS 1955 - 88 - 446

- 80- PERLMAN L. MILZER A. -

Psittacosis report of seven cases
Archives of internal medicine Chicago - 1954 - 94 - 1
82/93, 1954-94-1

- 81- POLLARD M. -

Cytochemical changes in human amnion cells infected with psittacosis virus.
Nature London - 1960 - 188 - 4752 - nov.26 - p.770

82- POLLARD M. -

Recent developments in the epidemiology of psittacosis
Texas reports on biology and medicine - Galveston
1959 - 17 - 2 - 186/193

83- ROSE H.W. -

Rickettsialpox
New York J. Méd. 1948 - 48 - 2266

84- SCHMIDT N.J. HARDING H.B. -

The demonstration of substances in human sera with inhibit
complement fixation in antigen-antibody systems of lympho-
granuloma venereum, psittacosis, mumps, Q. fever and
lymphocytic choriomeningitis,
J. Bacteriology 1956 - 2 - 217

85- SCRUGGS J.H. -

Psittacosis
Public Health Rep. Wash 1957 - 72 - 173

86- SEIBERT R.H. -

Epidemiological studies of psittacosis in Cleveland,
American J. of Hygiene. Baltimore 1956 - 63 N°1 - 28/37

87- SOHIER R. -

Infections à virus dits A, P, C, en France
Bull. Ac. N. M. 1956 - 140 - 101.

88- STEWART R.B. -

The effect of cortisone on the lethality of psittacosis virus
for the chick embryo.
J. of infectious diseases - Chicago 1958 - 103 - N°2
p. 129/134

89- STROBEL W. -

Beitrag zum krankheits bild der Ornithose im Kindersalter
Deutsche medizinische wochenschrift Stuttgart 1954
79 - N°5 - 176/178

90- TERRADE. -

Adenovirus et adénoviroses. Mise au point biologique et clinique
Thèse M. Bordeaux 1960

91 - THIAUCOURT. -:

Essai de mise au point sur les adénovirus
Thèse M. Paris 1957

92- THIEBAULT. -

Pneumonies à virus
Thèse M. Lyon 1952

93- WARD C.G. BIRGR. J.P.

Psittacosis (ornithosis)
following contact with pheasants - Report of a case
J. Am. Med. Ass. 1952. - 150 - 217

94- WARD C.G. HILDENGER A.L. MORISSEY P.A. BIRGE J.P. -

Psittacosis lymphogranuloma venereum virus antibodies
in man. Experience with thirty seven persons with respiratory disease having significantly high antibody titres
J. Am. Med. Ass. 1954 - 155 - 1146

95- WAREMBOURG , NIQUET , VOISIN. -

Ornithose - psittacose avec manifestations méningo-encéphaliques.
Lille - Médical 1958 - III - 2 - 58/59

96- WIESMANN E. et KAUFMANN G. -

Serologische Befunde bei adenovirus infektionen ornithose und Lues
Schweizerische Zeitschrift fuer Allgemeine Pathologie und Bakteriologie - Basel - 1958 - 21 - 5 - 935/939



**AGEMP
POLYCOPIE**

**8, rue Dante
PARIS V^e**

Téléphone : ODÉon 58-92